Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 stycznia 1885. **№ 3.** Rok XXIV.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i chorobowo zmienionych.

Przez
Dra W. A. Gluzińskiego, I asystenta kliniki lek. i Dra W. Jaworskiego, docenta Uniw. Jagiell.

(Rzecz w streszczeniu przedstawiona na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu i na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 3 grudnia 1884 przez Dra Gluzińskiego).

Nauka o trawieniu mimo licznych badań w rozmaitych kierunkach podjętych pozostawia jeszcze szerokie pole do pracy. Badania nad zachowaniem się np. rozmaitych pokarmów wobec soku żołądkowego wyświeciły wiele dotąd nieznanych szczegółów, sposoby jednak, których używano, może nie są tak pewne, aby można wszystkie wyniki tych badań bezpośrednio i bez zastrzeżenia przyjąć i przenieść na człowieka.

Od czasu poznania działania pepsyny i kw. solnego badania nad trawieniem żołądkowém wykonywano przeważnie następującemi sposobami: 1. sztuczne trawienie poza organizmem wydobytym sokiem żołądkowym; 2. trawienie istot białkowatych przez sztucznie złożony sok żołądkowy; 3. obserwacyja trawienia wprost na zwierzętach, którym założono przetokę żołądkową; 4. obserwacyja trawienia na ludziach, u których przypadkowo powstała przetoka żołądkowa lub została założoną w celu leczniczym. Twórcami pierwszego sposobu badania byli Spalanzani, Réaumur, Branconat i w. i., którzy dawali połykać zwierzętom gąbki na nitce uwiązane, a po wyciągnięciu wyciśniętego soku używali do badania trawienia poza ustrojem. Tiedemann i Gmelin podając zwierzętom do połykania przedmioty mechanicznie drażniące błonę śluzową żołądka (np. kamyczki) zabijali zwierzę po pewnym czasie, a wydzielony sok zbierali do badania.

Tego sposobu badania zaniechano, gdy Eberle wykazał, że wyciąg błony śluzowéj żołądka uskuteczniony za pomocą zakwaszonéj wody działa równie dzielnie jak sam sok żołądkowy. Doświadczenia tą drogą wykonane przez Mialhego i Lehmanna doprowadziły do poznania peptonu. Meissner pracując w tym kierunku wykazał pierwszy, że oprócz peptonu tworzy się inne ciało nierozpuszczalne w roztworach alkalicznych, które nazwał parapeptonem. Twierdził on, że ciało to nie zamienia się w pepton; Brücke dopiero pracując tym samym sposobem wykazał, że ciało to jest tylko wstępnym przetworem trawienia istot białkowatych i całkowicie zamienia się w pepton.

Nie jeden fakt nowy zyskała nauka, gdy Blandlot a następnie Bassow zaczęli u zwierząt zakładać przetoki żołądkowe, któryto sposób badania został późniéj wydoskonalony przez Biddera i Schmidta, Bardelebena, Bernarda, Panuma i w. i. Najpewniejsze jednak wyniki otrzymano przez obserwacyję trawienia wprost na człowieku. Najdawniejszą obserwacyją w tym kierunku są spostrzeżenia, które robił na sobie samym Gusse, który mogąc dowolnie wywoływać wymioty u siebie, wykonywał ten akt w rozmaitym czasie po spożyciu pokarmów. Znane są ogólnie liczne doświadczenia Beaumonta (*Experiments and observations* itd. tłum. niem. p. Bernarda Ludena. Lipsk, 1834) na strzelcu kanadyjskim St. Martin, który w skutek rany postrzałowéj posiadał przetokę żołądkową. Podobne doświadczenia, tylko naturalnie wobec postępu nauki daleko ściślejsze, mieli sposobność wykonać Grünewaldt i Schröder (*Liebigs Annalen* XCII, str. 42) pod kierunkiem K. Schmidta na kobiecie 35 lat liczącéj, Kretschy (*Deut. Arch. f. klin. Med.* t. XVIII, str. 527) na dziewczynie, u któréj przetoka powstała w skutek próchnienia siódmego lewego żebra, Richet (*Comptes rendus*, t. LXXXIV, str. 450 i 114) i Uffelmann (*Deut. Arch. f. klin. Med.* t. XXVI, str. 335) na chorych z przetoką żołądkową w celu leczniczym w skutek zarośnięcia przełyku założoną.

Gdybyśmy chcieli zestawić wszystkie wyniki, do których sposoby wspomniane doprowadziły, musielibyśmy wyłożyć tu całą naukę o trawieniu. Wspomnimy więc tylko o tych wynikach, które odnoszą się bezpośrednio do zachowania się istot białkowatych a w szczególności białka kurzego w żołądku ludzkim. Pomijając na teraz chemizm trawienia białka zestawimy tylko spostrzeżenia nad strawnością a względnie nad czasem przebywania w żołądku pokarmów białkowatych, w szczególności białka kurzego.

Doświadczenia Spalanzaniego, który wprowadzał przez przełyk do żołądka rurki opatrzone otworkami a w nich między innemi pokarmami i białko, nie mogły doprowadzić do dodatniego wyniku, albowiem nie odpowiadały one zwykłym warunkom, jakie przy akcie trawienia mają miejsce. Blandlot (*Traité analyt. de la digestion*, 1843, str. 383 do 409), który, jak wspomnieliśmy, pierwszy założył przetokę żołądkową u psa i tą drogą wprowadzał pokarmy, doszedł do tak niepewnych wyników, że radzi nie tracić czasu nad bezowocném badaniem strawności pokarmów. Między innemi wspomina on o szczególe nas obchodzącym, że u psa białko z 4ch jaj w przeciągu $2^1/_2$ godzin ustępuje zupełnie z żołądka. Lehmann (*Lehrbuch der physiol. Chemie*, t. III, str. 352) pracując tym samym sposobem podaje, że czas, w którym znika białko z żołądka psiego, zawisł od ilości spożytéj. I tak białko z jednego jaja ustępuje po 1 godzinie i nie można już wykazać ani śladu tegoż, co na pewne ma miejsce, gdy się poda białko z dwóch jaj.

Bidder i Schmidt (*Liebigs Annalen*, t. XCII, str. 42) a szczególnie Buchheim (*Beiträge zur Arzneimittellehre*, 1849, str. 15—112) zmodyfikowali powyższe postępowanie o tyle, że przez przetokę wprowadzali w muślinowych woreczkach pokarmy, a między innemi i kawałki białka pewnego kształtu i ciężaru. I tak Buchheim wspomina, że z cylindra ważącego 1grm. w przeciągu godziny było strawione 59%, a w 2 godziny 93%. Wyników tych jednak nie można nazwać ścisłemi, zważywszy, że trawienie odbywa się rozmaicie, zależnie od położenia, jakie te woreczki zajmą wobec ścian żołądka, a więc wydzielonego soku, od braku poruszalności itd. Najlepszym tego dowodem są spostrzeżenia K. Schmidta, który nawet po 6 godzinach znajdował we woreczku połowę białka nierozpuszczoną i wyniki doświadczeń innych autorów, które wręcz są sobie przeciwne. To skłoniło Schmidt-Mühlheima (*Du Bois-Reymonds Archiv f. Physiologie*, 1879, str. 39) do badania trawienia innym sposobem. Zabijał on zwierzęta po pewnym przeciągu czasu od spożycia pokarmów, podwiązywał żołądek tak w części wpustowéj, jak odźwiernikowéj, a po wyjęciu badał znalezioną treść. O wynikach téj pracy wspomnimy później.

Przechodząc do doświadczeń na ludziach dokonanych rozpocząć należy od spostrzeżeń Beaumonta (*l. c.*), który podaje, że u osoby przez niego badanéj białko z jaj na twardo ugotowanych (ilości nie podaje) podane na śniadanie wraz z chlebem i kawą w przeciągu 3ch godzin 30 minut opuszczało żołądek; gdy zaś były podane na obiad, a więc z większą ilością pokarmów, znikały z żołądka po $5^1/_3$ godzinach. Doświadczenia Kretschyego (*l. c.*) odnoszą się przeważnie do zmian w samym organie pod wpływem wyskoku, kawy, herbaty itd. Badanie aktu trawienia nie dotyczyło także samych istot białkowatych lecz mięszanych pokarmów; z tego zaś wypadało, że trawienie śniadania trwało $4^1/_2$ godzin, obiadu (rosół, cielęca pieczeń, bułka, szklanka wody) 7 godzin, wieczerzy (pieczeń, bułka, wino) 7—8 godzin. Według Richeta (*l. c.*), czas przebywania pokarmów w żołądku jest różnym i wynosi najczęściéj 3—4 godzin; autor ten nie podaje jednak dokładnie jakości podawanych pokarmów, a o ilości wcale nie wspomina. Uffelmann (*l. c.*) zajmując się trawieniem mięsa, białka z jaj, gelatyny, mleka, gumy, cukru trzcinowego, doszedł w pewnych kierunkach do wyników wprost przeciwnych, jak Kretschy, do czego jednak później wrócimy. Co do białka wspomina on, że chłopiec jego, który gorączkował, skrzepłego (ugotowanego na „twardo“) zupełnie nie trawił, a pozostawało ono w żołądku dłużéj niż 2 godziny.

Zbierając razem przytoczone spostrzeżenia nad zachowaniem się istot białkowatych (względnie białka z jaj) w żołądkach dojść łatwo do wniosku, że nie rozświecają one sprawy trawienia, szczególnie w zastosowaniu do człowieka. Przyczyna tego jest wieloraka. Jużto, że zastosowywano przeważnie pokarmy złożone, że wyniki na zwierzętach otrzymane nie dadzą się bezpośrednio przenieść na człowieka, jużto, że skąpe doświadczenia na ludziach wykonywano wśród warunków nieprawidłowych. Bo czyż nie dotyczyły one przeważnie indywiduów patologicznych, czy przetoka, którą każdy z nich posiadał, nie upośledzała ruchów żołądka i to może w każdym przypadku odmiennie, coby nawet tłumaczyć mogło róznice w wynikach, — czy gorączka w przypadku Uffelmanna nie musiała wywrzeć swojego wpływu, czy wreszcie nawet ze znacznéj liczby doświadczeń na jedném indywiduum dokonanych można wyprowadzić ściślejsze wnioski dla ogółu.

Wobec tego stanu rzeczy chcąc zbadać zachowanie się istot białkowatych w żołądku ludzkim wśród warunków fizyjologicznych i aby módz wyniki otrzymane zużytkować przy łóżku chorego, co było naszym celem, trzeba było obejrzeć się naprzód za najstosowniejszą metodą badania. Wymieniwszy poprzednio sposoby, jakiemi starano się badać sok żołądkowy i wpływ jego na pokarmy, nie wspomnieliśmy jeszcze o tym sposobie, który powstał po wprowadzeniu przez Kussmaula w użycie cewnika żołądkowego. Zastosowany najpierw w celu leczniczym, użyty on został i do wyciągania i badania soku żołądkowego przez Leubego, Veldena, Klätza i i. Tegoto sposobu badania użyliśmy w naszych doświadczeniach. Zajęliśmy się przedewszystkiém zachowaniem się w żołądku istot białkowatych. Ażeby sobie pracę uprościć, wybraliśmy białko jaja kurzego, jako najprościéj złożone ciało białkowate, łatwo każdemu dostępne, a więc nadające się także do celów klinicznych. Podawaliśmy je w postaci mocno skrzepłéj, t. j. „na twardo“ ugotowane, gdyż łatwo je oddzielić od żółtka i ponieważ kawałki jego niezmieniające zwykle barwy łatwo odszukać można w wyciągniętéj treści. Sposób postępowania naszego był następujący: Przekonawszy się, że żołądek badanego na czczo jest próżny, podawaliśmy na czczo, na próżny żołądek białko skrzepłe jednego jaja kurzego zawsze mniéj lub więcéj jednakowéj wielkości; po połknięciu takowego badany popijał 100cm.sz. wody przekroplonéj, aby kawałki białka rozprowadzić po ścianach żołądka, a następnie w spokoju, w ciepłocie pokojowéj, czekał pewien przeciąg czasu, po upływie którego wprowadzaliśmy zgłębnik, wlewaliśmy jeszcze 100cm.sz. wody destylowanéj, aby dostateczną ilość płynu do rozbioru otrzymać i natychmiast wyciągaliśmy treść żołądka aspiratorem (Jaworskiego). Uregulowawszy odpowiednio dyjetę i zachowanie się badanego, dokonywaliśmy tego aktu dzień po dniu po upływie rozmaitego czasu po-

cząwszy od 1, 2, 3, i. t. d. kwadransów aż do chwili, w której w treści wyciągniętéj nie znajdowaliśmy kawałków białka. Ażeby się o tém dokładnie przekonać, odstawiwszy do rozbioru pierwszą ciecz otrzymaną po wlaniu 100cm.sz. wody przekroplonéj, przepłukiwaliśmy kilka razy żołądek i uważaliśmy trawienie żołądkowe za skończone, gdy i wtedy nie znajdowaliśmy ani strzępka białka. W ten sposób staraliśmy się oznaczyć czas wydalenia białka z żołądka. Oprócz tego wydobytą pierwotnie ciecz poddawaliśmy rozbiorowi oznaczając w niéj jakość oddziaływania, stopień kwaśności, względnie alkaliczności, do czego używaliśmy miareczkowania rozczynem 10-normalnym ługu sodowego a względnie kw. solnego, dokonywaliśmy próby na wolny HCl, peptony, białko rozpuszczone, śluz, a następnie używaliśmy téj treści do sztucznego trawienia białka. W ten sposób staraliśmy się poznać stronę chemiczną trawienia.

Sposób użyty przez nas dla poznania choć w zarysie trawienia istot białkowatych w żołądku ludzkim obok wprawdzie ujemnych stron, które są dla nas widoczne, miał tę niezaprzeczoną wyższość nad innemi, że odbywał się na człowieku zostającym wśród zwykłych warunków trawienia, że dozwalał nie na jednym lecz na dowolnéj liczbie przypadków doświadczenie powtórzyć.

I.

Rozpoczęliśmy doświadczenia na indywiduach zdrowych. Dla objaśnienia wniosków, do jakich doszliśmy, wyjmujemy kilka doświadczeń i podajemy je w formie tabliczki, (która późniéj razem z innemi się dołączy).

Wyniki doświadczeń tych rozbierać będziemy w następujących kierunkach:

1) zachowanie się oddziaływania wyciągniętéj treści;

2) zachowanie się produktów trawienia;

3) czas wydalania białka z żołądka, względnie czas, w którym wśród danych warunków kończy się trawienie żołądkowe.

W skutek nowszych prac np. Veldena (*Hoppe-Seyler's Zeit. f. physiol. Chemie*, 1879, str. 205), Edingera (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1879, str. 198) i i. powstała znów wątpliwość, jaki kwas wytwarza się w początkach aktu trawienia. Ci dwaj autorowie twierdzą, że jest nim kwas mlekowy, który dopiero działając na chlorki, w treści się znajdujące, wydziela z nich HCl, co według Veldena ma nastawać w końcu pierwszéj godziny trawienia. Opierając się na naszych rozbiorach możemy wypowiedzieć zdanie, że w żołądkach fizyjologicznych u ludzi w 15—30 minut od początku trawienia kwas mineralny (HCl) wykazać można. Ilość jego, wnosząc z wyrazistości próby Malyego, i ze stopnia kwasności, jest różna i waha się w dość szerokich granicach jak to z powyższéj tabliczki widzieć można. Jakikolwiek jest stopień kwasności czy wydzielony sok zawiera więcéj lub mniéj kw. solnego, w zachowaniu się jego przez cały ciąg trawienia możemy w stanie fizyjologicznym stwierdzić jedno i to samo prawidło. Prawidło to poznamy przypatrując się cyfrom oznaczającym stopień kwasności wydobytéj treści w rozmaitym czasie od spożycia białka. Zrazu powolne wydzielanie podnosząc się koło 30éj, rzadko 45éj, minuty dosięga swego maximum, aby w następnych 2 lub 3 kwadransach napowrót znacznie opaść. Powolne więc wznoszenie dosięgające szczytu średnio koło 30éj minuty od spożycia białka i powolne opadanie, ale w każdym razie szybsze niż podnoszenie w tym samym mniéj więcéj czasie, stanowi prawidło zachowania się kwaśności (względnie wydzielania kw. solnego) podczas trawienia téj ilości białka, jaką podawaliśmy.

Z dotychczasowych badań tylko dwie obserwacyje mamy w tym kierunku, t. j. Kretschyego (*l. c.*) i Uffelmanna (*l. c.*). Wynik ich zgadza się z naszym zasadniczo, w szczegółach jest i musi być różny. Obydwaj stwierdzali stopniowe podnoszenie się kwasności, maximum jednak u Kretschyego wypadało znacznie późniéj niż w przypadku Uffelmanna, najlepszy dowód, że obydwaj pracowali wśród warunków patologicznych. W naszych spostrzeżeniach czas, w którym przypada maximum kwaśności, jeszcze najwięcéj zbliżałby się do wyniku Uffelmanna, jednak wypada jeszcze wcześniéj, co łatwo pojąć, zważywszy, że i badany przez Uffelmanna znajdował się wśród warunków nieprawidłowych i że ilość wprowadzonych naraz pokarmów i rozmaitość ich była większa.

Maximum to kwaśności przypadało w naszych doświadczeniach zwykle na czas, gdy ze spożytego białka zaledwie kawałki i to mocno nadtrawione z żołądka dały się wyciągnąć. Potwierdza to zdanie wypowiedziane przez Uffelmanna, „że czas, w którym stopień kwaśności osiągał maximum, prawie zupełnie zgadzał się z czasem, w którym większa część spożytych pokarmów opuszczała żołądek“.

Wobec zgodności zasadniczéj wyników badań Kretschyego, Uffelmanna i naszych, chociaż otrzymanych zupełnie odmiennemi sposobami, zastanowić się nam należy nad zdaniem takiéj powagi na polu fizyjologii trawienia jak Heidenhain (*Hermanns Handbuch der Physiologie*, t. V, Cz. I, str. 158), który omawiając wyniki dwóch przytoczonych autorów powiada: „O zmianie w zawartości kwasu podczas aktu trawienia mamy spostrzeżenia Kretschyego i Uffelmanna, według których tenże stale wzrasta. To samo spostrzegałem u psa z przetoką żołądkową“. A daléj powiada: „Jeżeli mięszany sok w początku aktu trawienia mniéj jest kwaśny, niż w późniejszych okresach, pochodzi to zapewne ztąd, że z początku część wolnego kwasu zobojętnioną zostaje częścią przez połykaną ślinę, częścią przez alkaliczny śluz powlekający wewnętrzną ścianę żołądka“.

Tłumaczenie to zdaje się nam po części nie słuszne, raz, że w przypadku np. Uffelmanna przełyk był zupełnie zarośnięty, a więc badany śliny połykać nie mógł, z drugiéj strony z doświadczeń naszych podjętych w tym celu wynika, że w pierwszych 15 minutach wydziela się taka ilość kwasu solnego, że znacznie większą ilość płynu byłaby w stanie zobojętnić tak, że dalszy przyrost kwasności wobec coraz wybitniejszéj reakcyi na HCl i wzrastającego stopnia kwasności, może pochodzić tylko od większego wydzielania kw. solnego. Dodać nadto musimy, że w każdym przypadku poszukiwaliśmy śluzu w wyciągniętéj treści, i że go ani w pierwszych chwilach trawienia, a tém mniéj w późniejszych nie znajdowaliśmy. (C. d. n.)

II. O rozmaitości form uwiądu rdzenia pacierzowego.

Napisał prof. Adamkiewicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Poznawszy szczegóły zwyrodnienia w naszym przypadku możemy znów zwrócić uwagę na podania, które poczynili inni autorowie co się tyczy subtelniejszych zmian odbywających się w tylnych powrózkach w uwiądzie rdzenia przyrody miąższowéj.

Strümpell podał następujące twierdzenia.

1. Uwiądowe zwyrodnienie nerwów rozpoczyna się regularnie w pasie korzeniowym.

2. Tylne korzenie biorą stale udział w zwyrodnieniu.

3. Szare tylne rogi znajdują się zawsze zwyrodniałe w uwiądzie.

4. Powrózki Golla ulegają również regularnie schorzeniu, a przedewszystkiem w tylnych swych częściach. A wreszcie

5. Części powrózków tylnych przylegające do spoidla (przodkowe boczne pola) i do tylnego brzegu (tylne zewnętrzne pola) pozostały przez uderzająco długi czas nietknięte, a w szczególności w lędźwiowéj części jeszcze owalne pole pozostaje bardzo często zdrowém.

Ze wszystkich tych podań zostają wprost odparte przez powyżéj opisany przypadek pierwsze trzy podania, czwarte zaś podanie ulega modyfikacyi a tylko piąte zostaje potwierdzoném.

Gdyż, jak nasz przypadek okazuje, nie potrzebują ulegać zwyrodnieniu w uwiądzie ani pasy korzeniowe, ani tylne korzenie, ani wreszcie istota szarych rogów tylnych.

Że powrózki Golla ulegają w uwiądzie często schorzeniu okazuje i nasz przypadek. Nie może on jednak służyć za poparcie twierdzenia, że zwyrodnienie powrózków Golla występuje szczególnie w tylnych ich odcinkach.

Słusznem jest natomiast twierdzenie, że odcinki przylegające do spoidla (przodkowy sierp) i do tylnego zewnętrznego kąta (tylny sierp) okazują wybitną skłonność do opierania się zwyrodnieniu, a następnie, że w bliskości tylnego wcięcia istnieje owalne pole, które może pozostać zdrowém w pośród zwyrodniałéj tkanki.

Roztrząśnienie opisanych faktów poda nam klucz do do ujęcia wszystkich szczegółów znanych dotychczas w zakresie uwiądu miąższowéj przyrody pod wspólne pojęcie.

Musimy najprzód zwrócić uwagę na to, że odpowiada to dawnemu spostrzeżeniu u wielu neuropatologów, iż obszar powrózków Burdacha, przylegający do spoidła, opiera się nadzwyczaj długo zwyrodnieniu uwiądowemu.

Mniéj regularnie, ale zawsze dosyć często, zdarzają się przypadki, w których napotyka się także odcinki, odpowiadające tylnemu sierpowi, jako zdrowe.

Dla podania atoli, że pas korzeniowy, istota szara, tylne rogi i tylne korzenie napotykają się zazwyczaj lub nawet regularnie w uwiądzie jako chore, daje nasz przypadek niewątpliwe wyjaśnienie.

Pas korzeniowy może w przebiegu całego rdzenia pozostać nietkniętym. Również nienaruszonym być może w takim przypadku cała szara istota tylnych rogów. Podobnież i tylne korzenie mogą w jednym i tym samym rdzeniu jużto zupełnie być zwyrodniałe jużto zupełnie zdrowe, już też częściowo zdrowe, a częściowo chore. W naszym przypadku były: *a)* zupełnie zwyrodniałe w części piersiowéj rdzenia, gdzie zwyrodnienie uwiądowe przekroczyło tylny sierp, *b)* zupełnie i częściowo zdrowe w części szyjnéj, gdzie zwyrodnienie ograniczyło się tylko do pola, podobnego do *f*. Zawsze zaś, skoro tylko tylne korzenie uległy częściowemu zwyrodnieniu, były zwyrodniałe rozpromienienia się nerwów od powrózków klinowych a w szczególności rozpromienienie się nerwów wśród obszaru zwyrodnienia, podczas gdy sam pień korzeniowy przed swém wstąpieniem do rdzenia był w tym przypadku zupełnie nienaruszonym.

O białych włóknach tylnych powrózków możemy to samo powiedzieć. Również i one mogą być zdrowe a tylko częściowo chore. W razie, gdy ulegają częściowemu zwyrodnieniu, chore są tylko rozpromienienia się wśród obszaru zwyrodnienia.

Do tych spostrzeżeń dołącza się jeszcze następujące:

Pierwotnemi ogniskami uwiądowego zwyrodnienia nerwów są: powrózki Golla z jednéj strony i dwa pola, podobne do *f*, wśród obszaru powrózków klinowych z drugiéj strony. A tam, gdzie ustaje odróżnienie powrózków Golla i Burdacha, jest pierwotném ogniskiem zwyrodnienia obszar powrózków tylnych, powstały przez zlanie się obu pól, podobnych do *f*.

Wniosek z tych faktów jest jasném.

W tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego istnieją dwa pola kształtu *f*, które w części piersiowéj oddzielone są od siebie powrózkami Golla, poniżéj jednak w rdzeniu łączą się ze sobą.

Te pola podobne do *f* i powrózki Golla w części szyjnéj i górnéj piersiowéj i zarazem połączone oba pola, podobne do *f*, w niższych częściach rdzenia są pierwotnemi ogniskami uwiądowego zwyrodnienia nerwów. Te ogniska mogą, jak nasz przypadek wskazuje, uledz zwyrodnieniu w całości, lub też, jak inne spostrzeżenia uczą *(Bandelettes externes)*, w poszczególnych tylko odcinkach (zazwyczaj symetrycznie ułożonych).

Czy atoli ulegają w całości, czy téż tylko w małych odcinkach pierwotnemu zwyrodnieniu, okazują zawsze tendencyję do odśrodkowego rozszerzania się. A to rozszerzanie dzieje się w dwóch szczególnie kierunkach:

1) w kierunku ku zewnątrz w stronę pasu korzeniowego i tylnego szarego rogu;

2) w kierunku ku tyłowi w stronę tylnego sierpu i tylnych korzeni.

Że skłonność do rozszerzania się ku przodowi w stronę tylnego spoidla jest tylko nieznaczną, wskazuje właśnie spostrzeżenie, że sierp przodkowy w uwiądzie pozostaje tak często zdrowym.

Jeżeli sobie wyobrazimy, że tendencyja rozszerzania się sprawy zwyrodnienia z ogniska pierwotnego w obu wskazanych kierunkach uwydatnia się w różnym stopniu, to łatwo zrozumiemy, dla czego pas korzeniowy w uwiądzie jest raz zachowany, innym zaś razem zwyrodniały, dla czego w przypadkach, jak w naszym, pozostają rogi tylne zdrowe, jeżeli zachowały się pasy korzeniowe, dla czego w innych przypadkach, w których chore są pasy korzeniowe, ulegają zazwyczaj zwyrodnieniu także tylne rogi, a sprawa chorobowa wkroczyć może aż do powrózków bocznych, i wreszcie dla czego tylny brzeg tylnych powrózków raz zostaje ograniczony paskiem zdrowéj tkaniny, innym razem zaś nie.

Wszystko to łatwo jest teraz zrozumieć i wytłumaczyć, zarazem wszystkie inne dotychczas znane szczegóły co do uwiądowego zwyrodnienia nerwów.

Lecz zapytać się w końcu można, jakie ma znaczenie pole do *f* podobne, w tylnych powrózkach istniejące i mające przedstawiać ognisko pierwotne uwiądowego zwyrodnienia? Czy stanowi ono nowy system? Czy obecność takiego pola w zdrowym rdzeniu jest udowodnioną?

I na te pytania możemy dać zadowalającą odpowiedź i wszystkie fakty tutaj przytoczone możemy ująć w jednolity zamknięty łańcuch bez uciekania się na pole hipotez.

W zdrowym również rdzeniu posiadają tylne powrózki

grupę włókien nerwowych, która jest podobnie ukształtowaną jak pola, do *f* podobne, przedstawiające obszar uwiądowo zwyrodniały. Jestto grupa włókien nerwowych, oddzielona zazwyczaj półksiężycowatym odcinkiem od tylnego spoidła, i kończąca się zazwyczaj ku tyłowi przed tylnym brzegiem rdzenia. Grupę tę muszę uważać według dotychczasowych mych badań jako grupę morfologicznie spokrewnionych włókien nerwowych, mogących łatwo ulegać równocześnie tym samym wpływom. Dopiero niedawno temu opisałem [1]) metodę za pomocą której można tę grupę nerwów w zdrowym rdzeniu przedstawić. Jestto ta sama grupa, którą nazwałem „tylną chromoleptyczną partyją".

Ponieważ nerwy téj partyi zostają z chromoleptyczną istotą w pewnym związku, i ponieważ właśnie one to są, które w uwiądowém zwyrodnieniu pierwotnie chorują, to nie możemy przeto zbłądzić, jeżeli zwyrodnienie uwiądowe odniesiemy do pierwotnego schorzenia chromoleptycznéj istoty wspomnianéj partyi, do którego dołącza się później zwyrodnienie całéj osłonki rdzennéj, a wreszcie zupełny zanik nerwów, chorobą nagabniętych. Przypuszczanie pierwotnego schorzenia chromoleptycznéj istoty w nerwach uwiądem dotkniętych jest têm więcéj uzasadnionêm, o ile ma ono swą podporę w powyżéj opisaném zachowaniu się zwyrodniałych nerwów.

W innéj pracy wykażę, że pierwotny zanik istoty chromoleptycznéj cechuje pewną formę rozsianego stwardnienia rdzenia.

Jeżeli uwzględnimy nadto, że według podanych badań jedynie tylko obszar pierwotnego ogniska, t. j. tylna chromoleptyczna partyja, ulega stale zwyrodnieniu uwiądowemu nerwów, i że natomiast liczba pierwotnie w nim schorzałych nerwów i stopień późniejszego rozszerzenia się sprawy chorobowéj ulegać mogą licznym odmianom, i to nietylko w różnych rdzeniach, lecz także w różnych wysokościach tego samego rdzenia, wtedy ze stanowiska dzisiejszych naszych wiadomości neuropatologicznych nie będziemy mogli lepiéj określić uwiądowego zwyrodnienia nerwów, jak nazywając je plamistêm zwyrodnieniem tylnéj chromoleptycznéj partyi połączonêm z zanikiem powrózków Golla. A ponieważ, jak wykazałem, istnieje nietylko zwyrodnienie uwiądowe, rozwijające się na tle pierwotnéj degeneracyi włókien nerwowych, lecz także uwiąd, mający swą przyczynę w przeroście tkanki śródmiąższowéj, musimy się rozstać ze zdaniem, jakoby istniała tylko jedna forma uwiądowego zwyrodnienia i w przyszłości mówić wypadnie o różnych formach uwiądu rdzenia pacierzowego.

III. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

I. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

4) Zestawienie przypadków wycięcia w obec raka.

1) J. Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* Paris 1880, p. 517—524) Mężczyzna, operowany d. 9/4 1879.—Wskazanie: Rak odźwiernika przechodzący na śródjelicie przyokrężne, w postaci małych nieregularnych płatków. —Cięcie w smudze białéj 5 palców poprzecznych powyżéj i poniżéj pępka okalające go na lewą stronę.—Zamknięcie świateł przez uniesienie przeciętych końców w górę, asystenci zapobiegali wypływowi treści żołądkowéj. Nadto nakłuto trójgrańcem żołądek i treść jego wyciśnięto.—Rak odźwiernika był 6 cm. długi, a 4 cm. szeroki. Guz w śródjelicie przyokrężném był wielkości *d'un macaron de grosseur ordinaire.* — Sposób wyrównania różnicy świateł okładnie niepodany d„*autant que possible*". P. podaje tylko, że ta część operacyi sprawiła mu najwięcéj trudności.—Liczba szwów niepodana. Część szwów na wewnątrz światła zakładał i wiązał, drugą część na zewnątrz równocześnie sieć zachwytując. Uważano na to, żeby powierzchnie otrzewnowe do siebie były zwrócone.—Szyto katgutem.—Operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. — Przebieg i wynik: Podawano lawatywy pożywcze przez pierwsze dwa dni. Wieczorem 3 i 4go dnia przetoczenie krwi. Śmierć 5go dnia z zapadu sił, kiedy właśnie robiono przygotowania do trzeciego przetoczenia krwi. Badania zwłok krewni nie dozwolili.

2) Rydygier (Przegląd Lek. 1880 Nr. 50, i *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* t. XIV, zeszyt 3 i 4) Mężczyzna, lat $64\frac{1}{2}$, operowany 16/10 1880. — Wskazanie: Rak odźwiernika włóknisty *(scirrhus)*.—Cięcie w smudze białéj od wyrostka mieczykowatego do pępka.—Zamknięcie świateł za pomocą moich uciskadeł elastycznych. –Guz 5 cm. długi a $3\frac{1}{2}$ cm. szeroki. Zarazem wycięto 2 gruczoły z większéj a 1 z mniejszéj sieci.—Wyrównanie różnicy świateł przez wycięcie trójkąta z krzywizny większéj, tak, że linija przecięcia przebiegała skośno, kątowato od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj.—Około 12 szwów zwężających, 43 szwów łączących i 5 szwów błony śluzowéj. Dwurzędowy szew Czernego, a wewnątrz jeszcze szew błony śluzowéj.— Szyto katgutem.—Operacyja trwała około 4 godzin z chloroformowaniem.—Przebieg i wynik: Podawano kamforę podskórnie; wewnętrznie nastój makowcowy; wino i lawatywy pożywcze z peptonu Adamkiewicza; w nocy morfin podskórnie, w 12 godzin po operacyi śmierć z zapadu sił. Badanie zwłok: Wszystkie rakowate części wycięto; nie ma przerzutów, nie ma objawów zapalenia otrzewny.

3) Billroth (*Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 6) Kobieta, lat 43, operowana 29/1 1881.—Wskazanie: Rak dołkowaty odźwiernika.—Cięcie poprzeczne po nad guzem od prawéj strony i dołu ku lewéj i górze 11 cm. długie. — Zamknięcie świateł przez uniesienie i podłożenie kompresów i gąbek, daléj przez sposób, jakiego użyto do przecięcia i zeszycia. — Długość wyciętego kawałka 14 cm. przy większéj, a 10 cm. przy mniejszéj krzywiźnie. Światło ledwo przepuszcza zgłębnik Brunsa. Gruczoł wielkości orzecha laskowego i 2 guziczki małe z *lig. gastrocolicum* wycięto razem z guzem.—Wyrównanie różnicy świateł przez skośne cięcie od góry i strony prawéj ku dołowi i lewéj. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj.—21 szwów zwężających, 30 szwów łączących częściowo głęboko, częściowo powierzchownie założonych. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała $1\frac{1}{2}$ go-

---

[1]) Posiedzenia wiedeńskiéj Akademii umiejętności. Tom LXXXIX. III Wydział. 1884.

Strümpell widział w jednym przypadku uwiądu (*Arch. f. Psych. und Nervenkrkhtn.* Tom XI. 1880, str. 68) zwyrodnienie mego, podobnego do *f* pola w części lędźwiowéj rdzenia, i uważa je za początki powrózków Golla. Że pojmowanie to jest błędném, okazuje się z tego, że pola do *f* podobne nie zostają w żadnym związku z powrózkami Golla, lecz są, jak niniejsza praca wykazuje, częścią powrózków Burdacha.

dziny. — Przebieg pomyślny. Ciepłota od 15 dnia prawidłowa, tylko 3 razy dochodziła do 39,0. Początkowo żywiono chorą zsiadłém i słodkiém mlekiem, czasem podawano lód, potem kawę, herbatę, kakao, wino, jaja, biszkopty i szynkę; 20 dnia sznycel. Chora odleżała się. Po 22 dniach wypuszczono ją z kliniki wyleczoną. Recydywa i śmierć ledwo w 4 miesiące po operacyi. W miejscu zeszycia nie było zwężenia; blizny błony śluzowéj trudno było odszukać.

4) Billroth (Wölfler: *Über die von Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus.* Wien 1881) Kobieta, lat 39, operowana 28/2 1881. — Wskazanie: Rak nabłonkowy odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad guzem od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi powyżéj pępka 12 cm długie. Lewy mięsień prosty przecięto.—Zamknięcie świateł jak powyżéj, dodano tylko wypłukanie letnią wodą i wytarcie gąbkami.— Długość wyciętego kawałka 10 cm. na większéj, a 5 na mniejszéj krzywiźnie. Światło przepuszcza koniec palca. Rak na wierzchu owrzodziały. — Wyrównanie różnicy świateł przez utworzenie znacznéj wstawki u dołu, dwunastnicę przyszyto do krzywizny mniejszéj. — 20 głębokich i powierzchownych szwów zwężających i 30 szwów łączących.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^3/_4$ godziny.—Przebieg początkowo pomyślny, póżniéj w skutek zagięcia i utworzenia się przez to torby w miejscu połączenia krzywizny większéj z dwunastnicą zatrzymanie potraw, wymioty i śmierć z wycieńczenia sił 8go dnia po operacyi, mimo że szwy rozpruto i założono przetokę dwunastnicową.

5) Billroth (*Wiener. med. Woch.* 1881 Nr. 14, 1882 Nr. 11 i 22) Kobieta, lat 38, operowana 12/3 1884. — Wskazanie: Rak rdzeniowaty odźwiernika. — Zamknięcie świateł jak w poprzednich przypadkach. Długość wyciętego kawałka 12 cm. przy krzywiźnie większéj a 5 cm. przy mniejszéj. Odźwiernik przepuszcza koniec palca. Zrosty z trzustką. — Wyrównanie różnicy świateł przez skośne cięcie od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi i szew zwężający. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.— 36 szwów zwężających i łączących. Tylny rząd szwów na wewnątrz wiązano i dodano 3 zupełnie cienkie szwy błony śluzowéj.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^1/_2$ godz.— Przebieg i wynik: Zapad podczas operacyi i śmierć tegoż dnia o godzinie 10 wieczorem z upadku sił. Badanie zwłok: Przy głowie trzustki i w sieci mniejszéj zostawiono gruczoły rakowate.

6) Nicolaysen (*Nordiskt mediciniskt Archiv* tom XIII Nr. 27) Kobieta, lat 37, operowana 17/3 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika (*Cylinderepithelialcarcinom*). — Cięcie poprzeczne równolegle do prawego brzegu żeber 3—4 cm. poniżéj, 10 cm. długie.—Zamknięcie świateł przez podniesienie z jamy brzusznéj i założenie szwu zwężającego; wyczyszczenie wnętrza żołądka, wypływ płynu żółciowego podczas operacyi z dwunastnicy. — Wycięto kawałek 9 cm. długi; w wielkiéj sieci nabrzękłe gruczoły. — Wyrównanie różnicy świateł przez założenie szwu zwężającego na krzywiźnie większéj i przyszycie dwunastnicy do krzywizny mniejszéj.— Liczba szwów niepodana. Wsunięcie podług Joberta. Szwy przeszywały częściowo całą ścianę, częściowo tylko warstwę surowiczą i mięsną. — Szyto katgutem. — Przebieg i wynik: Upadek sił. Chora nie zatrzymuje lawatyw pożywczych. Śmierć w $15^1/_2$ godzin po operacyi. Badanie zwłok: Płyn żółciowy na dwunastnicy; kilka kropel wycisnąć można z pomiędzy szwów; mimo to podaje N. za przyczynę śmierci wycieńczenie sił. Przerzutów nie znaleziono.

7) Bardenheuer (*Die Drainirung der Peritonealhöhle.* Stuttgart u Enkego) Kobieta, lat 54, operowana 17/3 1881. Rak odźwiernika.—Cięcie brzuszne 2 cale poniżéj prawego brzegu żeber równoległe do tegoż, 8 cali długie.—Dwunastnicę zawiązano tymczasową podwiązką, na żołądek założono 2 pętle, za którego uniesiono i podsunięto kompresy z gazy tymolowéj.—Rak przechodzi na przednią ścianę żołądka i sięga aż do okrężnicy poprzecznéj, zrosły z trzustką i dwunastnicą. Długość wyciętego kawałka niepodana. — Wyrównanie różnicy świateł przez naciąganie za pętle i założenie szwu zwężającego od góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.—Liczba szwów niepodana. Szwy Lemberta i szwy chwytające otrzewnę.— Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała godzinę.—Początkowo przebieg pomyślny. Nagle w 20 godzin po operacyi brak tchu i wymioty krwawe. Śmierć w 26 godzin po operacyi. Badanie zwłok: nie ma objawów zapalenia otrzewny; krew w żołądku.

8) Wölfler (*Über die vom Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcin. Pylorus* i *Wiener med. Woch.* 1882 Nr. 14) Kobieta, lat 52, operowana 8/4 1881. Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad pępkiem. Zamknięcie świateł niepodane. Wyczyszczenie wnętrza żołądka.—Wycięto kawałek 12 cm. długi po stronie krzywizny większéj. — Wyrównanie różnicy świateł przez skośne przecięcie żołądka od krzywizny mniejszéj i strony lewéj ku prawéj. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 10 szwów zwężających, 14 wewnętrznych i 16 zewnętrznych szwów łączących. — Szyto jedwabiem. — Przebieg zupełnie pomyślny. Podług listownego doniesienia Dra Wölflera z dnia 8/4 1884 operowana miewa się dobrze. Billroth wyciął jéj w $1^1/_2$ roku po operacyi guzik rakowaty ze ścian brzusznych.

9) Berns (*Weckbl. van het nederl. Tjidschrift v. Geneeskunde* 1881 Nr. 21, ref. w *Wien. med. Woch.* 1881, Nr. 50) Kobieta, lat 49, operowana w kwietniu 1881. Rak odźwiernika. — Cięcie brzuszne od wyrostka mieczykowatego do pępka. — Po nacięciu przedniéj ściany i wypłukaniu żołądka założenie kleszczyków. — Guz z przyrządami za nim położonemi zrośnięty. Trzustkę podwiązano, żyła główna na 10 cm. obnażona. — Wyrównanie różnicy świateł niepodane. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj.— Przeszło 100 szwów Czernego. — Śmierć w 4 godziny po operacyi. Badanie zwłok: Szwy trzymają dobrze.

10) Jurié (*Wiener med. Woch.* 1881 Nr. 23). Wieku i płci nie podano. Operowano w początku maja 1881.— Rak odźwiernika.—Przebieg i wynik: Śmierć. Zdawało się przy badaniu, że guz jest poruszalny. Dopiero po oddzieleniu go okazało się, że dwunastnica za mało jest przesuwalną; żołądek było można połączyć z dwunastnicą dopiero po oddzieleniu trzustki.

11) Tillmanns (*Zeitschrift f. Chir.* 1881 Nr. 46) Mężczyzna, lat 63, operowany 13/5 1881. — Rak odźwiernika.—Cięcie brzuszne podług Billrotha.—Guz z przednią ścianą brzucha, z siecią i jedną pętlą jelit zrosły. — Śmierć z zapadu sił w 3 godziny po operacyi.

12) Kroenlein (*Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 46) Kobieta, lat 54, operowana 4/6 1881. — Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne po nad pępkiem. — Uciskano palcami. — Guz odźwiernika przechodzi na całą część poziomą dwunastnicy. Rozległe zrosty. — Szew zwężający. — 15

szwów zwężających, 20 łączących. — Operacyja trwała 3 godziny. — Śmierć w skutek wstrząsu.

13) Czerny (listowne doniesienie w *Langenbecka Arch. f. klin. Chirurgie*, tom 27, zeszyt IV, opisał Kuh i Czerny w *Wien. med. Woch.* 1884, Nr. 17, 18 i 19) Mężczyzna, lat 28, operowany 21/6 1881. — Rak odźwiernika małodołkowaty. — Cięcie 10 cm. długie w smudze białéj, 6 cm. po nad pępkiem, 4 cm. poniżéj. — Żadnego zamknięcia świateł. Podłożenie kompres tymolowych ciepłych i przecięcie żołądka w dwóch odstępach i natychmiastowe założenie szwu zwężającego. — Długość wyciętego kawałka przy krzywiźnie większej 9,4 cm. przy mniejszéj 5 cm. Na jednem miejscu w linii przecięcia naciek. W sieci mniejszéj pozostały 2 guziczki, które się wymknęły podczas operacyi.— Cięcie skośne od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi. Szew zwężający z góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 12 szwów zwężających, 6 wewnętrznych i 34 zewnętrznych szwów Czernego.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $1^1/_4$ godziny.— Wyleczenie. Przebieg pomyślny, 7go dnia po operacyi obfity stolec. W 5 tygodni po operacyi wypuszczono chorego jako wyleczonego. Od połowy sierpnia 1882 objawy recydywy. Śmierć dnia 5 stycznia 1883. Linija szwu w skutek wybujałości rakowatych pokładów zwężyła się wewnątrz do obwodu ołówka.

14) Lücke (Ledderhose w *D. Zeitschrift f. Chir.* tom XVI, zeszyt 3 i 4) Mężczyzna, lat 33, operowany 27/6 1881.— Wskazanie: Rak odźwiernika włóknisty. — Cięcie $8^1/_2$ cm. długie w smudze białéj, nadto $5^1/_2$ cm. długie cięcie poprzeczne ku prawéj stronie w środku cięcia podłużnego.— Zamknięcie świateł kleszczykami o równoległych ramionach, które pociągnięto wężykami gumowemi. — Długość wyciętego kawałka 10 i $5^1/_2$ cm., przepuszcza palec, zrosty z trzustką.— Szew zwężający od góry. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. Pozostało za małe światło żołądka tak, iż trzeba było kilka szwów zwężających zdjąć; mimo to nadstawały ściany dwunastnicy, dla tego zrobiono w niéj zakładkę.—11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z tych tylne były od wewnątrz zakładane. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała $1^1/_4$ godziny. — Śmierć w 10 godzin po operacyi w skutek zapalenia otrzewny i słabości serca. Badanie zwłok: W szwie 2 małe otwory, jeden z nich w miejscu, gdzie się schodził szew zwężający ze szwem łączącym. Główka trzustki od ogona prawie całkiem oddzielona, żyła wrotna w tém miejscu obnażona.

15) Kitajewsky (*Medicinsk. Obosrenije* 1881, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1881 Nr. 49) Kobieta, lat 52, operowana 16/7 1881. — Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne 4 cm. poniżéj pępka $12^1/_2$ cm. długie po prawéj stronie aż do smugi. — Szew zwężający od góry. Po otworzeniu żołądka wielka ilość z niego wypłynęła, ale nie do jamy brzusznéj. Na dwunastnicę tymczasowe podwiązki.—Długość wyciętego kawałka 9 cm. przy krzywiźnie większéj, a 10 cm. przy mniejszéj, na któréj rak znacznie się rozszerza.— Wyrównanie różnicy świateł przez zmniejszenie światła żołądkowego u góry i skośne przecięcie dwunastnicy. — 33 szwów zwężających, 32 łączących podług Lemberta, z tych tylne od wewnątrz zakładano.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała 4 godziny.—Śmierć z zapadu sił w 6 godzin po operacyi. Badanie zwłok: Postać żołądka dobra; szew łączący trzyma dobrze, nie tak dobrze szwy zwężające. Przerzutów nie ma.

16) Weinlechner (Eder, *Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt v. J. 1881*, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 21) Mężczyzna, lat 47, operowany 18/8 1881.—Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. — Guz bardzo wielki i zrosły z trzustką i lewym płatem wątroby.— Operacyja trwała 5 godzin. — Śmierć w 5 godzin po operacyi.

17) Billroth (Wölfler w *Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 51 i 1882 Nr. 15) Kobieta, lat 36, operowana 25/10 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika.— Cięcie poprzeczne o 2 palce poprzeczne po nad pępkiem 14 cm. długie.—Na dwunastnicę założono tymczasową podwiązkę; na żołądku postąpiono jak w poprzednich przypadkach. Przed zupełném przecięciem dwunastnicy założono 3 szwy wewnętrzne. Wycięto kawałek długości niepodanéj, guz wielkości orzecha włoskiego; 3 gruczoły wycięto, lecz przy badaniu pokazało się, że nie były rakowate. — Cięcie skośne z lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi; u góry szwy zwężające. Dwunastnicę przyszyto do krzywizny większéj. — 11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z których tylne były wewnętrzne.— Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $1^1/_4$ godziny. —Przebieg bardzo dobry. Wyzdrowienie. W 6 miesięcy późniéj nie ma recydywy.

18) Billroth (Eder *Bericht d. Privatheilanstalt 1881*, ref. w *Centralbl. f. Chir.* 1882 Nr. 21) Mężczyzna, lat 44, operowany 5/11 1881. — Rak odźwiernika. —Wycięto kawałek długości niepodanéj. Oddzielenie guza blisko śródjelicia przyokrężnego. Wycięcie zrosłéj głowy trzustki, przyczém nieco soku trzustkowego wypłynęło do jamy brzusznéj. — Śmierć zrana dnia trzeciego z upadku sił obok nie bardzo rozwiniętego zapalenia otrzewny.

19) Bardenheuer (łaskawe doniesienie listowne).— Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie poprzeczne.—Długości wyciętego kawałka nie podano.—Śmierć 8go dnia w skutek miejscowego zapalenia otrzewny naokoło cięcia poprzecznego. Szew żołądka bardzo dobrze trzymał.

20) Gussenbauer (doniesienie na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie) operowano w r. 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz zrosły z trzustką. Kilka gruczołów musiano wyciąć.—Operacyja trwała 2 godziny. — Śmierć z upadku sił w 16 godzin po operacyi.

21) Bardenheuer (łaskawe doniesienie listowne). — Wskazanie: Rak odźwiernika.— Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz z trzustką zrosły, któréj przewód przecięto.—Śmierć na drugi dzień po operacyi.

22) Langenbeck (doniesienie na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie).—Wskazanie: Rak odźwiernika.— Długości wyciętego kawałka nie podano. Guz z trzustką zrosły.— Śmierć z zapadu sił wkrótce po operacyi. (Dok. nast).

IV. Sprawozdanie roczne z „Domu Zdrowia,“ zakładu leczniczego prywatnego.

Z upoważnienia odpowiednich pp. ordynaryjuszów
podał Dr. J. Gwiazdomorski,
kierownik zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

11. J. B. l. 34 z Galicyi. *Lymphomata colli lateris sin., exstirpatio*, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent już przed paru laty zauważył w dołku nadobojczykowym lewym prawie tuż pod skórą liczne drobne guzki wielkości grochu, niebolesne, dość ruchome, niespra-

wiające żadnéj dolegliwości. To prawdopodobnie było przyczyną, że wówczas ani prof. Bryk, ani prof. Dumreicher, nie chcieli tych guzków wyjmować. Ponieważ jednak guzy rosły a dziś stanowią prócz kilku mniejszych wolnych spory pakiet z licznych guzków złożony dochodzący do wielkości jaja kurzego, który sięgając dość głęboko uciska nerwy i wywołuje silne a częste bole w całéj ręce lewéj, — przeto przystąpiono w narkozie do wyjęcia tychże, co ze względu na liczbę guzków dość głęboko ułożonych i na pobliże ważnych naczyń przedstawiało dosyć trudności. Ranę 10 cm. długą przebiegającą wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego zeszyto jednym szwem płytkowym i trzema rezerwowemi zostawiając dwa dreny, a skórę samą szwem kuśnierskim i opatrzono antyseptycznie. Chory ani razu nie gorączkował, a rana goiła się tak dobrze *per primam*, że już po 5ciu dniach wyjęto oba dreny i szew płytkowy. Sekrecyja przez cały czas była bardzo nieznaczna, a już po 9ciu dniach wyjęto i resztę szwów i pacyjent odjechał wyleczony do domu.

12. J. W. l. 27 z Galicyi. Mięsak powłoki brzusznéj, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przed 8 laty spostrzegł pacyjent na skórze w okolicy dołka podsercowego mały czerwony guzek wielkości prosa i zdarł go paznokciem; ranka zagoiła się wkrótce pozostawiając stwardnienie, które od 2 lat zaczęło się powiększać. Od pół roku skóra ponad guzem, który urósł już do wielkości jaja gęsiego, zaczęła wrzodzieć i odtąd chory cierpi dość często na krwotoki, czasem znaczne, z tych powierzchownych owrzodzeń. Badanie wykazuje dziś w dołku podsercowym w linii środkowéj guz podłużny wielkości sporéj pięści wystający znacznie nad poziom piersi i brzucha, powierzchnia jego gładka. Guz jest nieruchomy, twardy, nie ustępuje przy napięciu mięśni brzucha; skóra nad nim zcienczała, gładka, napięta, w środku na rozległości 4 centów pokryta strupem i watą z sześciochlorkiem żelaza.

W narkozie okrojono skórę naokoło obrzęku i odtłuszczono go od podstawy, przyczém odsłonięto zewnętrzną powierzchnię otrzewny na szerokości małéj dłoni i musiano odjąć dość znaczne kawałki mięśni prostych brzucha zajęte obrzękiem. Prócz licznych podwiązek katgutowych na warstwę mięsną rany 10 cm. szerokiéj a 20 cm. długiéj (od pępka do wyrostka mieczyk.) 4 szwy katgutowe, daléj na tęż warstwę mięśniową wraz ze skórą 4 szwy płytkowe i kilka jedwabnych. Napięcie części zeszytych jest bardzo znaczne, bo przy zakładaniu szwów musiano oba brzegi rany 10 cm. rozwartéj siłą zbliżyć ku sobie. Opatrunek jodoformowy. Zaraz po przebudzeniu żali się chory na silne ściągnięcie piersi. Wkrótce zaczął gorączkować; kaszel, na który już przed operacyją cierpiał *(bronchitis)*, wzmagał się i niepokoił ranę. Z powodu nieustającego bólu i wzmagającego się napięcia w okolicy rany musiano 3go dnia po operacyi zaniechać zamiaru gojenia *per primam*, rozcięto i wyjęto prawie wszystkie szwy, i przykryto ranę gazą jodoformową. a na zaczerwienione i obrzmiałe zaś części otaczające skóry dano okład z *alum. acetic.* Po paru dniach ustąpiła gorączka i zmiany zapalne w otaczającéj skórze i odtąd rana goi się dobrze drogą granulacyi. W celu przyspieszenia gojenia używa się ściągania jéj brzegów plastrami i przyżegania granulacyj lapisem. W 28 dni po operacyi rana jest już tylko 8 cm długą a $1^1/_2$ cm szeroką i pacyjent opuszcza Zakład wyleczony.

13. M. K. l. 48 z Krakowa. *Lipoma subcutaneum in hypochondrio sinistro, — exstirpatio,* — wyleczenie w dwóch tygodniach. Ordynaryjusz: prof. Dr. J. Mikulicz.

14. H. S. l. 27 z Ukrainy. *Caries maxillae inf.* — wyskrobanie. Na drugi dzień opuściła zakład. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

15. L. K. l. 8 z Galicyi. Wyskrobanie wrzodów skrofulicznych na barku lew. i grzbiecie nogi praw. — Po 7miu dniach opuścił zakład z ranami czysto brodawkującemi. (Poza Zakładem nastąpiło zupełne zagojenie obu ran). Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

16. J. G. l. 27 z Królestwa polskiego. Owarcie znacznéj zatoki na udzie lewém powstałéj z powodu zapalenia kości udowéj. Rozszerzenie i wyskrobanie zatok. Chory z brodawkującą raną odjechał do domu. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

17. A. Z. l. 38 z Galicyi. *Necrosis phalangis II pollicis dextri,* — wyjęcie kości chorej, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Obaliński.

18. J. K. l. 6 z Wołynia. *Fractura humeri sin. inveterata, — resectio,* — wyleczenie. Ordynaryjnsz prof. Dr. J. Mikulicz.

Przed trzema miesięcami spadł z konia i złamał kość ramienia lew. tuż nad stawem łokciowym. (Odłączenie przyrostka). Przywołany wówczas chirurg założył opatrunek gipsowy i zdjął go dopiero po kilku tygodniach. Odłamki kości zrośnięte są ze sobą, lecz tak, iż odłamek górny wystaje mocno po nad stronę wewnętrzną przegubu łokciowego, odłamek dolny zaś zbacza ku tyłowi i ku górze, wskutek czego zgięcie ręki w stawie łokciowym jest bardzo niedostateczne, zaledwie pod kątem 110°; cała ręka lewa jest o 2 cm. krótsza od prawéj. Usiłowano przeto w narkozie rozłamać napowrót świeży ten zrost kości, a gdy to z powodu krótkości odłamka dolnego wykonać się nie dało, przecięto podłużnie skórę na zgięciu wewn. stawu łokciowego, oddłutowano wystający koniec górnego odłamka, odłamano przyrostek od trzonu kości ramieniowéj za pomocą dłutka, założono dren do rany, zeszyto ją trzema szwami i opatrzono antyseptycznie; zgiąwszy ramię w stawie łokciowym pod kątem około 75° założono opatrunek ustalający. Dalszy przebieg był bezgorączkowy. W 8mym dniu rozcięto opatrunek ustalający, wyjęto dren z rany. W 13tym dniu po operacyi wyjęto i szwy; rana zupełnie *per prim. int.* zagojona, założono opatrunek ustalający, z którym chory Zakład opuszcza.

19. A. S. l. 34 z Królestwa polskiego. *Stenosis laryngis e perichondritide crico-arytenoidea. Cricotomia,* — wyleczenie. Ordynaryjusz Doc. Dr. P. Pieniążek.

Zaprzecza stanowczo, jakoby kiedykolwiek cierpiał na kiłę; miał tylko przed kilku laty wrzód miękki, który ustąpił po leczeniu rozczynem ołowiowym (?) bez rtęci. Przed 3ma miesiącami po zaziębieniu dostał silnego kaszlu i chrypki a od $2^1/_2$ miesiąca cierpi na ciągłą to mniejszą to większą duszność. Z tego powodu robił w Warszawie liczne wcierania szaruchy i pił wodę Emską. Pacyjent dobrze zbudowany i dość dobrze odżywiony. Na twarzy mała sinica. W płucach prócz nieżytu większych oskrzeli i miernéj rozedmy płuc (granica wątroby na 7ém żebrze a stłumienie serca zmniejszone) zresztą zmian znaczniejszych nie ma, szczyty płuc wolne. Jama połykowa i krtań aż do wysokości głośni prawidłowe, tylko więzadło i chrząstka nalewkowa prawe nieruchome; ruchomość lewych prawie całkiem prawidłowa. Dopiero poniżéj brzegu wiązadeł poczyna się po obu stronach żywe zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowéj zajmu-

jący dolną powierzchnię wiązadeł, który nie jest oddzielony od brzegów samych wiązadeł] wyraźnemi bruzdami. Obrzęk strony prawéj jest podobnież jak i więzadło strony prawéj nieruchomy; po stronie lewéj tylko górna część obrzęku bierze udział w ruchach więzadła, które podczas oddechu niknie w tym obrzęku, bo krawędź więzadla wygładza się i znaczy się tylko jako smuga biaława. Dolna część obrzęku także i strony lewéj jest nieruchoma tak, że obrzęki stron obu dochodzą prawie aż do linii środkowéj i między oboma pozostaje tylko szparka na ½ cm. szeroka a krótsza, niż długość głośni, gdyż obrzęk prócz strony prawéj i lewéj zajmuje także i przednią i tylną ścianę, choć w mniejszym stopniu. Owrzodzeń ani blizn nigdzie nie ma; chrząstki nalewkowe równie jak i fałdy nalewko-nagłośniowe i nagłośnia wcale nieobrzmiałe. *Sinus pyriformis* strony prawéj również trochę obrzękłv i zaczerwieniony. — Dokładne badanie nie wykazuje nigdzie śladów] kiły. — Po postawieniu pijawek na szyję szpara nagłośniowa rozszerzyła się wprawdzie o drugie tyle; duszność jednak jest jeszcze zawsze tak znaczna, że trzeba koniecznie otworzyć nowy kanał oddechowy poniżéj miejsca zwężenia i w tym celu chory przybył do Zakładu, gdzie natychmiast wykonano krikotomiję z przecięciem *ligamentum conicum*, przyczém podwiązano oba końce małéj gałązki tętniczki anastom. Założono tymczasowo kaniulę srebrną. — Silne zadraźnienie krtani i tchawicy, kaszel. Po wstrzyknięciu choremu 0·015 morfinu podskórnie kaszel się uspokoił a na rankę można było założyć dwa szwy poniżéj, a dwa powyżéj kaniuli. Spał w nocy dobrze, nie gorączkował. Kaszel zawsze dość silny. Wieczór zmieniono kaniulę srebrną tymczasową na kauczukową stałą. — Daléj woda Emska, morfin. Ponieważ w dalszym przebiegu kaszel był zawsze silny i ilość śluzu obfita, przeto chory dostawał morfinu w małych dawkach, pił wodę emską i wziewał Ol. pini przez kaniulę, w skutek czego kaszel był póżniéj mniéj częsty a ilość śluzu mniejszą. Ranka po krikotomii goiła się dobrze, ciepłota raz tylko podniosła się do 38·6° C. — Rozedma płuc stwierdzona przed operacyją ustąpiła zupełnie po sześciu dniach, a oddychanie przy zatkanéj kaniuli jest łatwiejsze niż przed operacyją. — W tym stanie chory po 9ciu dniach pobytu opuszcza zakład z zaleceniem tegoż samego leczenia i czystego utrzymywania kaniuli, a po paru miesiącach ma powrócić w celu systematycznego rozszerzenia głośni waleami cynowemi.

20 J. K. l. 45 z Galicyi. *Kyklitis plastica recidiva in oculo sin. amaurotico cum ossificatione chorioideae. Irritatio sympathica oculi dextri. Enucleatio bulbi sinistri*, — wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

21. K. K., l. 36 z Galicyi. *Residua post exsudatum pleuriticum sin., Bronchitis putrida, Bronchectasis in lobo inf. sin* Cięcie próbne. Ordynaryjusze prof. Dr. E. Korczyński i prof. Dr. J. Mikulicz.

Pacyjent przybył do Zakładu w celu pozbycia się wysięku opłucnowego, rozpoznanego przez kilku lekarzy. Już we Wiedniu chciano wykonać tę operacyję; w ostatniéj jednak chwili odstąpiono od tego, gdyż rezultat badania nagle się zmienił a stłumienie i inne objawy wysięku znikły. Przed dwoma miesiącami robiono i w Krakowie dość głębokie nakłucie próbne strzykawką Pravaza w 9ém międzyżebrzu strony lewéj i wydostano wyraźną ropę. Obecnie objawy znane a wyraźne każą znów rozpoznawać wysięk opłucnowy prawdopodobnie surowiczy po stronie lewéj i to w znacznéj ilości; z tegoż więc powodu ma być wykonane nacięcie w odpowiedniém międzyżebrzu z tyłu po téjże stronie. Już po uśpieniu chorego i po przecięciu skóry, jakotéż warstw zewnętrznych mięśni zmniejsza się znacznie wymiar stłumienia, a chory wykaszluje znaczne ilości ropy krwią nieco zabarwione; ponieważ i za pomocą strzykawki Pravaza już nie można znaleźć ogniska ropnego, przerwano operacyję i wypełniono ranę powierzchowną gazą jodoformową. Kilkodniowa, jak najdokładniejsza obserwacyja przebiegu choroby, ścisłe a kilkakrotnie ponawiane badanie chorego, wreszcie dwukrotne badanie plwocin pod mikroskopem, wykazały, że mamy w tym przypadku do czynienia z cierpieniem nader powikłaném, którego rozpoznanie najprawdopodobniejsze wyżéj podałem. Ponieważ późna pora roku (listopad) w obec ostrości naszego klimatu mogłaby wywrzeć szkodliwy wpływ na rozpoznane a ciężkie cierpienie chorego, przeto doradzono mu, aby się udał do Meranu i tam rozpoczął systematyczną kuracyję.

B) Przypadki nieoperacyjne.

22. T. W., l. 19 z Król. polskiego. *Tuberculosis miliaris pulm. et ilei, Pneumothorax sinister, mors*. Ordynaryjusz Dr. J. Jodłowski.

W drodze do Włoch pacyjent zatrzymać się musiał w Krakowie; kaszle on dopiero od 3 miesięcy, ciepłota waha się między 39—40° C.; silna duszność, znaczne rozwolnienie wreszcie szczegółowe badanie chorego wykazało oprócz rozpadającego się nacieku w szczytach płuc także i gruźlicę ostrą prosówkową płuc i jelit. W parę godzin po przybyciu do Zakładu wystąpił nagle *pneumothorax sinister*, który zadał choremu cios śmiertelny.

23. A. S., l. 42 z Królestwa polskiego. *Pachymeningitis chronica*, wcieranie szaruchy, polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Rosner.

24. J. B., l. 40 z Galicyi. *Amotio retinae dextrae*, wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Zawsze krótkowidzący. Przed 6 miesiącami po silném natężeniu fizyczném zauważył nagłe upośledzenie wzroku na oku prawém w formie szarego obłoku nad brwią, który zajmował mu część pola widzenia. Rozpoznano wówczas we Lwowie: *Opacitates corporis vitrei* i zastosowano wcierania szaruchy (3 grm. dziennie przez 28 dni). Bystrość wzroku rzeczywiście znacznie się polepszyła; lecz wkrótce wystąpiło nowe pogorszenie i obecnie brak na oku prawém wewnętrznéj i górnéj części pola widzenia. Pacyjent doznaje często po ciemku falowania świetlnego w oku prawém, zwłaszcza przy ruchach, i to w téj części pola widzenia, któréj mu brakuje. Wziernik wykazuje prócz licznych i dość znacznych mętów i błon w ciałku szklaném, oderwanie części siatkówki dolno-zewnętrznéj w ¼ części rozległości. Bystrość wzroku oka prawego nie dochodzi nawet $^6/_{60}$, i nie poprawia się po użyciu szkieł; w pobliżu zaś czyta pacyjent bardzo trudno tylko Nru 4 Jaegera. Kiły nie przebywał. Po 10ciu wstrzyknięciach podskórnych *Pilocarpini muriat.* (0·02 dziennie) i leżeniu na wznak w ciemnym pokoju ustąpiło w znacznéj części zmętnienie ciałka szklanego, pozostało tylko kilka błon szarych, osobliwie w dolnéj połowie ciałka szklanego, które już prawdopodobnie nie ustąpią. Dno oka można więc dziś dość dokładnie widzieć, a mimo to tylko w jedném, małém, ograniczoném miejscu widać jeszcze oderwanie siatkówki. Odpowiednio do zmian tych uczuwa i pacyjent polepszenie: pole widzenia bardzo mało ścieśnione a bystrość wzroku lepsza, gdyż chory czyta przy lampie Nr. 2 Jg. Błyski ustały zupełnie. W celu osiągnięcia ile można zupełnego wyleczenia

rozpoczęto po kilku dniach przerwy dalszy ciąg tego samego leczenia. Po 15tu wstrzyknięciach oderwanie siatkówki całkiem zniknęło tak, że go nigdzie stwierdzić nie można. To też i pole widzenia jest prawidłowéj wielkości, a chory czyta przy lampie Nr. 1 Jg. dość dobrze. Aby jednak ten wynik leczenia utrzymać, zalecono unikanie jeszcze światła, wystrzeganie się cięższéj pracy fizycznéj i t. d.

25. P. K., l. 60 z Galicyi. *Irido-kyklitis specifica oculi utriusque,* wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

26. W. K., l. 13 z Galicyi. *Chorioiditis disseminata in regione maculae luteae oculi utriusque,* polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Od pół roku zauważył widoczne a dość znaczne pogorszenie wzroku. Czyta okiem prawém Nr. 20, a lewém bardzo trudno, 15 Jg.; palce liczy okiem prawém zaledwie na 40 cm., lewém na 1·50 metra. Badanie wziernikiem wykazuje w naczyniówce w okolicy plamek żółtych złogi zapalne z małą ilością barwika. Po 18tu wcieraniach szaruchy z zachowaniem zwykłych ostrożności pacyjent opuszcza Zakład w stanie znacznie polepszonym, gdyż okiem prawém czyta płynnie Nr. 14, a lewém 9 Jg., liczy palce okiem prawém na $3^1/_4$ metra, a okiem lewém na 6 metrów odległości. Również i badanie wziernikiem wykazuje znaczne polepszenie. Pacyjent ma w domu przez dłuższy czas zażywać jodek potasu.

27. W. L., l. 35 z Galicyi. *Neuritis optica oculi utriusque,* polepszenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

Przed 3ma dniami zauważył pogorszenie wzroku na oku lewém, którém od wczoraj nic nie widzi; odtąd ciągły ból głowy, szczególniéj w czole, a od dwóch dni pogorszenie wzroku i na oku prawém. Badanie nie wykazuje ani śladu przebytéj kiły, ani choroby serca lub nerek; zatkanie kałowe. Wziernik oczny zaś wykazuje na oku prawém bardzo znaczne przekrwienie i obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego; na oku prawém żyły grubsze, tarczę czerwieńszą, jéj granicę lekko przyćmioną. Okiem lewém chory odróżnia blask lampy tylko na 25—30 cm.; okiem prawém V $^6/_6$ z myłkami, szkła żadne wzroku nie poprawiają. Zaraz po stwierdzeniu tych zmian postawiono choremu 8 pijawek na skroń lewą, podano silny purgans, urządzono kąpiel nożną w wodzie ciepłéj z gorczycą i rozpoczęto wcierania szaruchy, wszystko w pokoju zaciemnionym. Na drugi dzień powtórzono, oprócz stawiania pijawek, ten sam sposób leczenia a dla wywołania silnéj transpiracyi zastrzyknięto choremu rano naczczo 0·015 pilokarpinu. Do wieczora ból głowy ustał, lecz upośledzenie wzroku utrzymuje się na obu oczach w tym samym stopniu. Pośród dalszego leczenia (*purgantia,* kąpiel nóg z gorczycą i wcierania szaruchy 3 grm. dziennie) ustąpiły zmiany spostrzegane na oku prawém zupełnie i wróciła prawidłowa bystrość wzroku. Natomiast na oku lewém, mimo, że zmiany dostrzegane wziernikiem znacznie się zmniejszyły, ma chory zaledwie słabe poczucie światła. Dopiero w miesiąc późniéj (chory zażywał *Kali jodatum)* zaczął wzrok powracać, a chory tém okiem liczył palce na pół metra i czytał trudno Nr. 24 Jg., wszystko na wewnątrz.

28. F. T., l. 28 z Galicyi. *Abscessus corneae dextrae,* wyleczenie. Ordynaryjusz prof. Dr. L. Rydel.

29. J. M. l. 40 z Galicyi. *Fibromata uteri, Peritonitis,* niewyleczona. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz i prof. Dr. M. Madurowicz.

Pacyjentka przybyła do Zakładu w celu pozbycia się drogą operacyi kilku włókniaków macicy przez pochwę. Skoro jednak wystąpiły objawy zapalenia otrzewny, odłożono operacyję; pacyjentka opuściła Zakład po paru dniach pobytu niewyleczona.

30. C. H., l. 26 z Galicyi. *Caries atlantis et baseos cranii,* niewyleczona. Ordynaryjusz prof. Dr. J. Mikulicz.

Zupełnie podobny przypadek przedstawił prof. Dr. Nothnagel na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy w Wiedniu z dnia 22 lutego 1884 i dla tego pomijam tu opis pojedyńczych objawów choroby.

31. J. N., l. 75 z Galicyi. *Cystitis,* wyleczony opuszcza zakład po 4 tygodniach. Ordynaryjusz prof. Dr. A. Obaliński.

V. Oceny i sprawozdania.

Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nosa. Podał Dr. Klemens Koehler.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Jeszcze jednę formę zapalenia nosa wspomnieć mi tu wypada, tak zwany przewlekły śluzotok Störka (*Die Krankheiten des Kehlkopfes.* Stuttgart str. 161). Znakomity ten laryngolog wiedeński zwrócił uwagę na chorobę nosa *sui generis,* która przechodząc na połyk, krtań i tchawicę, sprawia tam największe spustoszenia. Żydów galicyjskich, Włochów i mieszkańców Besarabii najczęściéj choroba ta dotyka, niewyjęte są jednak i inne narody a sam miałem sposobność obserwować dotkniętego nią rodowitego Wiedeńczyka. Choroba ta odznacza się wydzielaniem nadmierném śluzu żółto-zielonawego, przyczém nie ma nigdy przekrwienia, ani nabrzmienia błony śluzowéj. W nosie jest ten śluzotok mniéj szkodliwym, natomiast przechodząc ztąd niżéj sprowadza owrzodzenia, zrosty, błony wrzekome.

W nieżytach spotykamy cieczenie krwi z nosa często powtarzające się, w takich razach staranie głównie skierowaném być winno ku usunięciu przewlekłego kataru. Pomijając zastępcze krwawienia przy braku menstruacyi, któreto przypadki coraz liczniéj bywają opisywane, a daléj hemofiliję, którą raz Moslerowi przez transfuzyję zupełnie uleczyć się dało, często znajdujemy wracające się krwotoki nosowe i u ludzi zdrowych. Najlepszym sposobem na razie jest tamponowanie nosa watą. Inni polecają wdmuchiwania ałunu lub garbnika, co często bardzo jest skuteczném. Przed przestrzykiwaniem rozczynionym sześciochlorkiem żelaza przestrzegano, ponieważ łatwo płyn ten wchodzi do jam oboknosowych i ma tam być szkodliwym. Woda gorąca, jak jéj się używa w krwotokach macicznych, także znalazła między rinologami adeptów, wystarcza czasem nawet samo zmywanie twarzy. Najczęściéj udaje się jednak odkryć miejsce, z którego krwawienie pochodzi, a w takich razach najpewniej skutkuje galwanokaustyka, która tyle usług w chorobach nosa oddaje. Do krwawień nosowych przyczyniają się bardzo polipy. Jakie przyczyny składają się na wyrastanie polipów, jest jeszcze rzeczą dotąd niewyjaśnioną. Walka, czy nieżyt daje im podstawę, czy przeciwnie polipy nieżyt wywołują, jeszcze nieukończona, a pewném tylko jest, że statystyka dowodzi, iż ukleje u ludzi przed rokiem 16ym bardzo rzadko zdarzają się, a właśnie jest to peryjod życia, w którym nieżyt najwięcéj się rozwija. Jakkolwiek ukleje na wszystkich częściach nosa wewnętrznego wyrastają, najliczniéj spotykamy je na muszli średniéj, a najrzadziéj na przegrodzie. Dotąd polipy uważano za szkodliwe o tyle, że zamykają drożność nosa, wstrzymują tą drogą wolne odde-

chanie; odkąd jednak Voltolini ogłosił przypadek, w którym polip był przyczyną astmy, spostrzeżenia w tym kierunku stały się liczniejszemi a Hack stwierdził, że ukleje, cisnąc na ściany nosa, wywołują przekrwienie muszli, a tém samém wszelkie wyżéj przytoczone przypadłości odruchowe. Usuwania uklei zawsze próbowano środkami żrącemi, w ostatnim czasie Donaldson (*Revue médicale française et étrangère*, 1884, Nr. 37) z Baltimore poleca kwas chromowy. Hering z Warszawy prawie w ostatnich numerach *Gazety Lekarskiéj* (Nr. 41 i daléj), będąc w ogóle zwolennikiem tego kwasu, przemawia także za jego użyciem wobec polipów nosa. Nie ma kwestyi, że środek ten ukleje zniszczyć może, ale zlokalizowane wypalanie nim jest bardzo utrudnioném, bolesném, a cała sprawa długą i nużącą. Nastój makowca także może polipy skurczyć i zniszczyć, sądzę jednak, że mniéj tu działa makowiec, aniżeli wyskok. Chirurgiczne niszczenie uklei jedynie zaleca się, ale nie barbarzyńskie chwytanie kleszczami i wydzieranie, tylko wycinanie przy oświetleniu za pomocą pętli, a najdogodniejszém za pomocą pętli galwanokaustycznéj, z późniejszém przypaleniem pozostałych resztek. Doszczętna ta operacyja chroni od krwawienia i recydywy, a ból zawsze bywa bardzo mierny. Mówiąc o uklejach miałem na myśli tylko ukleje t. zw. śluzowe, tak jak to dziś nauka pojmuje, nie podciągając pod to miano, jak dawniéj, wszystkich nowotworów w nosie się znajdujących.

Włókniaki brodawkowe, chrzęstniaki i kostniaki w nosie samym rzadko się zdarzają, częściéj znajdujemy je w przestrzeni połykonosowéj, włókniaków w nosie samym ogłoszono dotąd tylko 3 przypadki. Rzadkiemi są także raki i mięsaki w nosie lub na nim, a nowego nic o nich powiedzieć się nie da. Dość często spostrzegać możemy wyrostki kostne, zwłaszcza na przegrodzie, mają one prawie zwykle kształt piramidy, przyczém czubek skierowany w przewod nosowy. Rzadko tylko wywołują one zatkanie nosa, a w takich razach najlepiéj je ostrym przepalaczem galwanokaustycznym w podstawie przepalać. Wielka ich odporność chroni od fałszywego rozpoznania polipa, co się również stosuje do przegrody nosowéj zbaczającéj. Jak zaś łatwą taka pomyłka, dowodzi i przypadek tyczący się ucznia K. z G. obserwowany wspólnie z jednym z kolegów obecnych, u którego już się zabierano do wyjęcia rzekomego polipa. Prócz dawniejszéj pracy Zuckerkandla, literatura rinologiczna w tym kierunku wzbogaconą została obok prac mniejszych pracą Löwenberga: *Les déviations de la cloison nasale* itd. Paryż, 1883, str. 6. Przegroda zbaczająca w wyższym stopniu pociąga za sobą szkodliwość, wypływ śluzu przez jednę dziurkę mniéj lub więcéj utrudniony, głos się zmienia, ucisk zaś wywierany na muszlę dolną przyprowadza ją do zaniku, a ztąd i cały przewód do zanikowego nieżytu z wszelkiemi następstwami. Zuckerkandl, a po nim Löwenberg, dzielą zboczenia na poziome wyższe, niższe i pionowe, podług kierunku, w jakim się rozwinęły. Naturalna, że i dwie formy czasem się u jednéj osoby razem wytwarzają. Ingals (Refer. w *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1883, 4) przypuszcza 4 stopnie zboczenia: 1) lekkie zboczenie całéj przegrody ku jednéj stronie; 2) zgięcie się przegrody z zapadem nosa, zwykle w skutek urazu; 3) wygięcie się chrząstki u szczytu; 4) ukośne zboczenie z dołu i przodu, ku górze i tyłowi. Uraz jest najczęstszą przyczyną zboczenia, inni jednak inne przypuszczają powody: nierówne kostnienie, zapalenia błony śluzowéj lub ochrzęstnéj. Gdy przegroda zbaczająca zupełnie zamyka przewód, musimy w drodze operacyi niedogodność tę usunąć. Najprostszym ale nie zupełnie dokładnym sposobem jest przedziurawienie przegrody za pomocą galwanokaustyki albo téż dziurawiącemi kleszczami Rupprechta, zbudowanemi na podobieństwo kleszczy do znaczenia biletów kolejowych. W innych razach wskazaną będzie resekcyja. Ugniatające kleszcze a zarazem kruszące podane przez Adamsa z następném zakładaniem płyt ze słoniowéj kości, dziś najwięcéj używane; jestto metoda, którą uzupełnił i wydoskonalił Jurasz (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1882, Nr. 4). Rękojeści tych kleszczy są na kształt kleszczy położniczych urządzone, do rękojeści w tulejkę wchodząc, za pomocą śrubek przymocowane są dwie trójkątne stalowe płyty, połączone śrubą, którą wkręcając zbliżamy płytki. Zgniotłszy i wyprostowawszy przegrodę odejmujemy rękojeści, a w nosie płyty przez 3 dni pozostają, potém dopiero zastępujemy je płytami z kości słoniowéj. Rękoczyn nieco bolesny, wywołuje zapalenie i obrzmienie błony śluzowéj, które jednak po kilku dniach ustępuje. Narzędzie to równie dobrze użyć się daje wobec złamania nosa, możemy nim adaptować i w miejscu utrzymać kawałki, a jak wiadomo kości nosa do szybkiego zrośnięcia się są skłonnemi. Przy złamaniach kości nosa spostrzegać można hematomy, wybroczyny, a nie rzadko ropnie, których rozpoznanie nietrudne.

Właśnie otrzymałem odbitkę najnowszéj pracy Jurasza (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 50); rzadki ten a zajmujący przypadek, który zresztą sam miałem sposobność obserwować, opiszę tu choć pokrótce. Dziewczynka 10-letnia okazuje obie dziurki nosa zatkane obrzękami jasnoróżowemi. Po bliższém zbadaniu okazuje się, że nabrzmienie to obustronne dotyczy przegrody nosowéj. Wewnątrz nabrzmienia chełbotanie wyczuwać się dawało. Jurasz swym nowo wymyślonym aspiratorem z obu stron wydobywa płyn jasny, surowiczy w ilości 5sz.cm. Ponieważ zgłębnikiem chrząstka wyczuwać się dawała, ztąd słusznie sprawę tę jako zapalenie ochrzęstnéj poczytać wypadało, tém bardziéj, że przedstawiała dalszy ciąg róży twarzy, na którą dziecko przedtém cierpiało. Po aspiracyi, która tylko z prawéj strony musiała być powtórzoną, przegroda powróciła do normalnéj grubości. W literaturze całéj podobnego przypadku Jurasz nie znalazł, jedynie Velpeau zwraca uwagę na takie cysty.

Opisanych przypadków gruźlicy w nosie mało bardzo dotąd napotykamy i zdawaćby się mogło, że błona śluzowa nosa odznacza się pewną odpornością wobec téj choroby, a przyzwyczailiśmy się gruźlicę nosa uważać jako drugorzędny objaw. Jak jednak w otoku z ucha prątki Kocha już znaleziono, tak spodziewać się należy, że i na błonie śluzowéj nosa zagnieżdżenie się prątków wkrótce w licznych przypadkach udowodnioném będzie. Sądzono dawniéj, że gruźlica najprzód dotyka płuc, że ztamtąd dopiero przenosi się na krtań, dziś skonstatowano, że w licznych przypadkach gruźlica najprzód sprawia spostoszenia w krtani. Nie będziemy się téż dziwić, jeżeli kiedyś udowodnioném zostanie, że błona śluzowa nosa jest jednym z pierwszych etapów gruźlicy, błona zresztą na przyjmowanie prątków najbardziéj narażona.

O kile już wyżéj wspomniałem, że usadowiając się w nosie wywołuje wydzieliny smrodliwe, że przy zapaleniu chrząstki przychodzi do przedziurawień przegrody, i że przedziurawienia zawsze jako na podstawie kiły powstałe uważać można. W bardzo tylko wyjątkowych razach możemy spotkać przedziurawienia przez wilka lub gruźlicę powstające a to już w okresach chorób bardzo późnych. Ponieważ

wilka i na skórze nosa w takich razach znajdujemy, a w płucach daleko posuniętą sprawę gruźliczą, ztąd też rozróżnienie nie będzie trudném. Kiła odziedziczona pojawia się w nosie u noworodków, w pierwszym a najpóźniéj drugim tygodniu a objawia się mocnym bardzo katarem, który nosek zupełnie zamyka. Mackenzie przypuszcza, że w przewodach nosowych znajdują się kłykciny, które jednak jeszcze dotąd nie zostały udowodnionemi. Jeżeli środków rtęciowych nie użyto, nieżyt przechodzi w stan przewlekły, wydzieliny ostre wywołują wyprysk na wargach i brzegach otworów nosowych, z czasem przychodzi do martwiny kości, do zapadu nosa i spłaszczenia.

Lupus, toczeń, wilk, zwykle na skórze nosa najpierw pojawia się, nie ulega jednak wątpliwości, że i w nosie, a głownie w częściach chrząstkowych, samodzielnie pojawić się może, często wywołując tu wielkie owrzodzenia. Pracę ważniejszą w ostatnich czasach w téj mierze ogłosił Moinel (*Essai sur le lupus scrophuleux des fosses nasales*. Paryż, 1877). Sprawa znalezionych w gruzełkach wilka prątków Kocha dotąd nie zupełnie załatwiona, to zaś pewna, że galwanokaustyka w każdym razie najpewniéj cierpieniu zaradza.

Mówiąc o ozenie namieniłem, że wypływy smrodliwe nosa także wywołanemi być mogą przez ciała obce, dodać tu tylko muszę, że i robaki w ludzkich nosach zagnieździć się mogą a zwłaszcza gąsienice much, jak to Kirschmann przed 3ma laty (*Wiener med. Wochenschrift*, 1881, 3/12) spostrzegał. Użył on balsamu peruwiańskiego, z méj strony polecić mogę olejek terpentynowy, który także w uchu to robactwo zabija, nie sprawiając żadnéj szkody. Co raz też więcéj mnoży się spostrzeżeń nad kamieniami nosowemi, w których nie zawsze obce ciało jako jądro odkryć się daje. Przy wyjmowaniu obcych ciał trzeba być ostrożnym, aby popychane nie wpadły w krtań, dla tego też to Leroy d'Etiolles podał haczyk, który sprostowany wprowadzamy, a dopiero będąc za ciałem obcém za pomocą sprężynki w kolanko zginamy. Webera tusz przepuszczany przez przewód wolny może, silniéj użyty, wypędzić ciało obce.

Nie zapuszczając się w szczegóły o potwornych ukształtowaniach nosa, pominąć nie mogę nowego przypadku Sommera (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 15) z Pragi, który spostrzegał człowieka zresztą normalnie ukształtowanego, u którego tylne nozdrze lewe było szczelnie zamknięte ścianą kostną, pokrytą błoną śluzową, przyczém chory w téj dziurce nie miał zmysłu powonienia.

Ze Zjazdu lekarzy niemieckich w Magdeburgu.

Streścił Dr. Otto.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Heusner: **O działaniu piorunu na człowieka.**

Ponieważ przypadki rażenia piorunem zdarzają się w praktyce lekarskiéj stosunkowo dość rzadko, H. podał do wiadomości przypadek zasługujący na uwagę tak z powodu ilości osób rażonych jak i jakości uszkodzeń przez nich doznanych. W okolicy Barmen piorun powalił na ziemię 20 ludzi, z tych 4 zostało na miejscu zabitych, reszta odniosła rozmaite uszkodzenia. Według świadectwa tych, co byli obecni uderzeniu piorunu, wszyscy rażeni okazywali bardzo niską ciepłotę nóg a przytém bardzo bladą cerę.

Kobieta najsilniéj rażona, żaliła się, przyszedłszy do przytomności, na silny zawrót głowy i uczucie mrowienia w nogach, które przez kilka godzin z rzędu były blade, zimne. Za lewém uchem rozciągała się aż do łopatki rana oparzelinowa skóry i tkanki podskórnéj. Na prawéj połowie klatki piersiowéj, prawém udzie i przedramieniu były rozległe plamy czerwone. Ciekawe zmiany spostrzegł H. na skórze podeszwy, było tam około 20 plam okrągławych wielkości soczewicy do wielkości grosza, barwy jasno-szaréj, w których środku znajdowały się otwory otoczone częściami oderwanéj warstwy przybłonkowéj i przypominały swoim kształtem otwory, jakie powstają, jeżeli przepuszczamy iskrę elektryczną przez kartonowy papier; podobne otwory, tylko większe, znajdowały się na podeszwach pończoch i obuwia i u innych osób; jeżeli jednak w podeszwach obuwia były gwoździe, to nie widać było żadnych otworów; widocznie więc elektryczność przechodziła przez gwoździe jako dobre przewodniki. U wspomnianéj kobiety było w miejscu odpowiadającém oparzelinie kilka otworów w płaszczu do $^1/_2$ cm. wynoszących a inne części ubrania okazywały tém większe otwory, im bliżéj powierzchni ciała tak, że w koszuli jeden otwór dochodził wielkości talara.

U innych osób H. znalazł podobne zmiany, w mniejszym jednak stopniu, oparzeliny przechodzące w ropienie były rzadsze i najczęściéj nie było żadnych widocznych zmian lub lekkie pręgi czerwone, które u paru osób miały przebieg wyraźnie zygzakowaty, odpowiadały więc obrazowi błyskawicy. U jednego chłopca pręga czerwona rozciągała się od górnych kręgów piersiowych do kości krzyżowéj a tu dzieliła się na dwie pręgi mniejsze idące do odnóg.

Ważną pod względem sądowolekarskim jest ta okoliczność, że osoby rażone piorunem nie pamiętają tego, co zaszło, bo piorun ogłusza lub zabija pierwéj, nim jego światło przez nerw wzrokowy a huk przez słuch może dojść do świadomości; tém tłumaczy się, że jeden z rażonych przyszedłszy do siebie i słysząc głośne wołanie o pomoc chciał biedz na ratunek i dopiero wtenczas spostrzegł ku swemu wielkiemu zdziwieniu, że sam ruszyć się nie może. Większa część rażonych nie okazywała też żadnéj trwogi, ale raczéj zupełną obojętność i tylko ci, którzy doznali słabego uderzenia, przypominali sobie nieco ową chwilę, widocznie więc późniéj popadli w ogłuszenie. Jeden z nich opowiada, że pamięta, jak upadł i zdawało mu się, jakby go coś w kawałki targało, inny spostrzegł, że jego towarzysz stal się bladym jak trup, a wreszcie i on uczuł uderzenie jakby młotem i padł na ziemię.

Berger: **O związku przyczynowym kiły i uwiądu rdzeniowego.**

Czy kiła może być podstawą uwiądu rdzeniowego? Pytanie to niejednokrotnie zajmowało patologów, lecz ostatecznie nie zostało jeszcze rozstrzygniętém. Autor podaje dwa przypadki, które rzucają niejakie światło na powyższe pytanie. W jednym z tych przypadków istniało od 10 lat zakażenie kiłowe z kolejném pojawianiem się ciężkich i długo trwających przypadów: jak $2^1/_2$ roku trwające owrzodzenia w jamie nosowéj, kilaki w skórze itd. W ciągu tego czasu wystąpiły wybitne objawy uwiądu rdzeniowego (charakterystyczny chód, zboczenia w zakresie czucia skórnego i mięśniowego, zboczenia ze strony pęcherza moczowego, porażenie mięśni ocznych). Przeziębienie i nadmierne wysilenia stanowczo można było wykluczyć a jeżeli chory dopuszczał się wybryków w zakresie funkcyj płciowych, to te w każdym razie można było odnieść do czasu bardzo dawnego. W drugim przypadku u mężczyzny 74-letniego, który przed 3 laty leżał w klinice chorób wenerycznych we Wrocławiu z objawami drugorzędnéj kiły, rozpoznano uwiąd rdzeniowy, którego pierwsze początki sięgały 2 lata wstecz. Obok uwiądu istniało obustronne zapalenie jąder i blizna w rowku za-

żołędziowym. Śmierć nastąpiła 3 maja rb. a oględziny wykazały gruźlicę płuc i jelit tudzież zwyrodnienie tylnych powrózków w stosunkowo wczesnym okresie. Wprawdzie przypadki te nie są stanowczym dowodem, że istnieje związek przyczynowy między kiłą i uwiądem rdzeniowym, lecz mogą służyć przynajmniéj jako ostrzeżenie, aby nie wykluczano stanowczo kiły z etyjologii uwiądu rdzeniowego, jak to Leiden chciał uczynić. Zestawienie 100 nowych przypadków typowych uwiądu rdzeniowego wykazało, że 43% chorych przebyło kiłę, przyczém tylko te przypadki uwzględniono, w których objawy drugorzędnéj kiły były na pewno stwierdzone. Co się tyczy objawów, to zasługuje na uwagę stosunkowa przewaga porażeń mięśni ocznych u osób, które przebyły kiłę; lecz choć nie znamy cech odróżniających uwiąd rdzeniowy na podstawie kiły od zwyczajnego uwiądu, niczego to nie dowodzi; wszak nikt nie będzie zaprzeczał, że zwyrodnienie skrobiowate wątroby może być skutkiem kiły dla tego, że anatomicznie tego rodzaju wątroba nie przedstawia żadnych cech, po których możnaby odróżnić zwyrodnienie skrobiowate na tle kiły powstałe od gruźliczego i dla tego że leczenie przeciwkiłowe w tych razach jest bezskuteczném.

Seligmüller: **O zapaleniu rdzenia pacierzowego u pijaków.**

Literatura odnosząca się do porażeń po nadużywaniu alkoholu, a szczególnie do porażeń odnóg dolnych, jest bardzo skąpa; brakuje przedewszystkiém dokładnych opisów z oględzin pośmiertnych, któreby naocznie dowodziły, że te porażenia polegają na procesie zapalnym w rdzeniu pacierzowym. W przypadku porażenia odnóg dolnych u pijaka, ogłoszonym niedawno przez Moelego, znalazł tenże częściowe zwyrodnienie w obu nerwach udowych a natomiast nie było żadnych zmian w części lędźwiowéj rdzenia. Cztery przypadki opisane przez S. odznaczają się tém, że 2 z nich okazywały formę bardzo lekką, początkową, inne dwa były bardzo ciężkie. Pierwsze dwa przypadki odnosiły się do mężczyzn w średnim wieku. Obaj chorzy z zawodu swego mieli do czynienia z napojami zawierającemi alkohol; jeden bowiem z nich trudnił się sprzedażą wina i koniaku, drugi destylowaniem likierów i obaj mieli brać często do ust napoje te dla wypróbowania ich, a obok tego ostatni wypijał dziennie do pół litra wódki. Obaj skarżyli się na gwałtowny wędrujący ból w odnogach dolnych i w okolicy lędźwiowéj, osłabienie nóg i uczucie trętwienia w tychże. W obu razach zakazał S. próbowania napojów i choroba w jednym przypadku znikła w krótkim czasie bez śladu, o drugim chorym nie miał więcéj żadnéj wiadomości.

Dwa drugie przypadki, w których porażenie rdzeniowe było zupełnie rozwinięte, przedstawiały zupełnie jednaki przebieg; w obu bowiem po pewien czas trwającém osłabieniu odnóg przyszło nagle, prawie, w jednym dniu do zupełnego porażenia, przyczém istniały silne bóle w odnogach dolnych a uczucie trętwienia w odnogach górnych. W krótkim też czasie powstały silne kontraktury w odnogach górnych i dolnych. Pobudliwość nerwów i mięśni na prąd elektryczny była zmniejszona, oddziaływania zwyrodnienia (*Entartungsreaction)* nie można było wykazać, a natomiast wystąpił stosunkowo szybko zanik mięśni na porażonych odnogach. U jednego chorego nastąpiło po przestaniu używania napojów alkoholowych znaczne polepszenie.

Aufrecht: **O krupie i dyfteryi.**

Że autor jest zwolennikiem identyczności tych spraw chorobowych, wynika już z poprzedniego artykułu, w którém udowadnia, że polegają one na dostaniu się do ustroju tych samych bakteryj; co się zaś tyczy różnicy anatomicznéj, ta jest według niego tylko pozorną, bo A. stanowczo zaprzecza, jakoby w dyfteryi zawsze przychodziło do owrzodzenia błony śluzowéj. Jeżeli się chorych na dyfteryję nie leczy miejscowo i dokładnie obserwuje, to można się przekonać, że odsłonięta przez dobrowolne odejście błon wypocinowych błona śluzowa nie okazuje żadnego ubytku. Wprawdzie traci ona swój połysk w tych miejscach, w których się znajdowała wypocina; lecz jest to tylko skutkiem zniszczenia saméj warstwy przybłonkowéj. Wypocina wydzielona nie przedstawia także żadnéj różnicy, jeżeli się tylko uwzględni własności zależne od miejsca, w którém tkwiła; tak np. wytworzenie się grubych błon wypocinowych może łatwiéj nastąpić w krtani, aniżeli w przełyku i podczas gdy błony wypocinowe w krtani i tchawicy muszą się oderwać w całości, nim mogą być wykrztuszone, wypocina w przełyku nie tworzy tak rozległych błon, i odpada w małych cząstkach, które zwykle chory połyka. Dla tego obserwując dokładnie widzieć można, jak wypocina zmniejsza się od obwodu a poczęści nawet i w plwocinach uwydatnia się kształt okrągławy odpowiadający obwodowi, podczas gdy części środkowe jeszcze się trzymają błony śluzowéj. Podobnież i ścisłe przyleganie wypociny do błony śluzowéj, które chciano uważać za charakterystyczne dla wypociny dyfterytycznéj, nie stanowi cechy odróżniającéj te dwie sprawy chorobowe, w obu razach łatwe odpadanie zależy jedynie od trwania sprawy zapalnéj i jak drobnowid wykazuje, od nagromadzenia się większéj ilości ciałek białych, które tkwią między błoną śluzową i błoną wypocinową.

Według A. miejscowe leczenie dyfteryi ma tę ujemną stronę, że przy największéj nawet ostrożności przychodzi bardzo często, prawie stale, do nadwerężenia błony śluzowéj i tak mniéj odpornéj i przez rankę tym sposobem wywołaną bakteryje dostają się do krwi a zresztą, jak się A. wielokrotnie przekonał, leczenie miejscowe nie daje wcale lepszych wyników i tak od r. 1880—1883 leczył A. 225 osób na dyfteryję zimnemi okładami i płukaniem z chloranu potasowego a względnie u dzieci podając tenże wewnętrznie: u wszystkich choroba zakończyła się pomyślnie z wyjątkiem jednego przypadku, w którym właśnie zastosowano leczenie miejscowe.

Jürgens: **O zmianach anatomicznych w chorobie Addisona.**

J. badał wielokrotnie w chorobie Addisona rożne rozgałęzienia nerwów brzusznych i badania te wykazały, że we wszystkich przypadkach téj choroby zwoje końcowe jelit były prawidłowe, lecz za to we wszystkich znalazł czarne zwyrodnienie w obu głównych pniach nerwów jelitowych (*nn. splanchnici*). Zwyrodnienie to może wystąpić jako sprawa pierwotna i w takich przypadkach uderza przedewszystkiém silny zanik nadnerczy, bez śladu jakichkolwiek spraw zapalnych, czy to w samych nadnerczach, czy w narządach sąsiednich. Lecz o wiele częściéj zwyrodnienie nerwów jelitowych jest skutkiem schorzenia nadnerczy lub śledziony. We wszystkich zaś przypadkach, w których obok zmian chorobowych w tych narządach nie było charakterystycznego zabarwienia skóry, nerwy jelitowe były zupełnie prawidłowe.

Höbner: **O działaniu miejscowém przetworów rtęciowych w kile.**

Według dość powszechnie przyjętego mniemania przetwory rtęciowe działają na narządy dotknięte kiłą drogą naczyń krwionośnych, to też działanie ich miejscowe uważa

się za rzecz podrzędnego znaczenia. Najwięcéj jeszcze dotąd uwzględniano działanie tych przetworów podskórnie wstrzykniętych. Z doświadczeń H. w tym kierunku czynionych okazuje się, że metoda ta jest bardzo praktyczną. Lecz nietylko sole rtęciowe rozpuszczalne, ale i nierozpuszczalne i rtęć metaliczna, miejscowo użyte, leczą rozległe stwardniałości prędzéj, aniżeli inne środki, nie wyłączając jodoformu. Na skuteczność miejscowego działania tych przetworów zwrócił uwagę H. przypadek, w którym istniały szerokie kłykciny na skórze sutka; dwa wstrzyknięcia podskórne w okolicę sutka wystarczyły, aby te kłykciny w kilku dniach zaschły i znacznie się zmniejszyły, podczas gdy kłykciny w okolicy otworu stolcowego i przełyku pozostały niezmienione. Późniéj ogłosił Zeissl swe odkrycia, że guzki wrzodziejące, stwardniałości i zapalenia gruczołów opierają się działaniu wstrzykiwań podskórnych, ale bardzo łatwo ustępują, jeżeli wstrzykiwania stosujemy w ich blizkości.

Równie widoczne jest miejscowe działanie przy metodzie naskórnéj. Jeżeli się każe choremu z wysypką guzkową wcierać tylko na odnogach, to zmiany na tułowiu trwają 8—10 dni dłużéj aniżeli na odnogach. Powiększone gruczoły chłonnicze czyto w blizkości miejsca pierwotnego zakażenia, czy w miejscach od tegoż odległych, wracają daleko prędzéj do stanu prawidłowego, jeżeli się wcierania miejscowo zastosuje. Jak się z powyższego okazuje, działanie przetworów rtęciowych naskórnie użytych tłumaczy się bezpośredniém ich wessaniem, a nie jak to Kirchgässer sądził, przez wdychiwanie ulatniających się drobnych cząstek rtęci. Dla leczenia kiły wynika z tego wskazówka, aby obok leczenia ogólnego metodycznie przeprowadzano, naturalnie o ile się to zrobić da, leczenie miejscowe. Jeżeli w każdéj po ogólném leczeniu pozostałéj stwardniałości, czy :to blizny czy gruczołów chłonniczych, upatrujemy zarodki późniejszego wybuchu choroby, to trzeba je przez bezpośrednie leczenie usuwać. Zauważyć jednak należy, ze starania o zmniejszenie gruczołów są bezskuteczne, jeżeli te gruczoły były powiększone skutkiem zolzów lub innych chorób. Nie pozostaje zatém jak takie gruczoły wyciąć.

Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) **Mózg jest poruszalnym wśród jamy czaszkowéj,** jak się o tém przekonał M. F. Luys. Wśród zmian położenia zwłok zmienia mózg również położenie stósownie do prawidła ciężkości. W chwili, gdy człowiek stoi, oddala się powierzchnia mózgu od wypukłości sklepienia czaszkowego, w położeniu poziomém opada mózg ku tyłowi a pomiędzy nim i kością czołową tworzy się wolna przestrzeń; w położeniu boczném układa się górna połowa mózgowia na sierpie opony twardéj itd. Doświadczenia Salattégo czynione na ciemieniu noworodka stwierdziły, że takie zmiany położenia następują także u człowieka żyjącego, stwierdziły to również spostrzeżenia na ludziach, którzy ponieśli zranienia czaszki połączone z otwarciem jamy czaszkowéj. Poruszalność ta wytłumaczy liczne objawy fizyjologiczne i kliniczne. Ruchy, których doznaje mózg wśród czuwania, stają się przyczyną uczucia znużenia i na odwrót przejście z położenia poziomego w pionowe przyczynia się do przebudzenia się. Choroba morska powstaje w skutek częstych i nagłych ruchów mózgu. Paralitykom i chorym na umyśle nie należy dozwalać podróżować, aby uniknęli nader częstego potrącania i huśtania mózgu wśród jazdy koleją żelazną lub wozem. (*W. med. Bl.* 99, 1884).

(γ) **Picie piwa i choroby serca.** Najżywotniejszemi dla czynności serca są bez zaprzeczenia jego nerwy i mięśnie, i jakkolwiek zbyteczném byłoby dowodzenie téj niezbitéj prawdy, to przecież potwierdza ją codzienne doświadczenie. Gdy serce jest przedmiotem rozpraw lekarskich, jakże wiele słyszy się o jego szmerach, a jak mało o stanie miąższu sercowego! Obecném naszém zadaniem jest zwrócenie uwagi na szereg przypadków, który dotąd nie był przedmiotem tak dokładnych badań, na jakie zasługuje. Samoistny przerost i rozszerzenie serca nie są wyrażeniami coś wyraźnie określającemi, a mówiąc otwarcie wyrażenie „samoistny“ jest uważane przez specyjalistów za pleonastyczne wyrażenie dla nieświadomości. Samoistny przerost serca ma się w porównaniu z innemi miastami stosunkowo często w Monachijum zdarzać. Spatz znalazł, iż na 638 mężczyzn 35 było dotkniętych tak zwaném zapaleniem miąższu sercowego, a na 433 kobiet było 23. Z 290 mężczyzn w wieku od 30 do 60 lat było 41 dotkniętych zapaleniem miąższu sercowego a zatém 14%, gdy z 144 kobiet w tym samym okresie życia tylko 10 było chorych, a więc 7%. Wykazy Hermanna okazują 49 przypadków zajęcia mięśnia sercowego u mężczyzn na 305 sekcyj, a tylko 3 u kobiet. Buhl uważa te przypadki przerostu serca za wynik długotrwałego zapalenia miąższu sercowego, które zazwyczaj kończy się niepomyślnie skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia miąższu. Bollinger, który powtórnie badał ten przedmiot, nie mógł znaleźć żadnego dowodu, ani zmian zapalnych, ani téż tłuszczowego zwyrodnienia. Za jego wskazówką Schmiedebauer usiłował wykazać na podstawie statystycznéj, iż przerost serca jest częstszym w Monachijum, a to w celu wyjaśnienia przyczyn. Z pośród 1.000 sekcyj było 46 przypadków (32 u mężczyzn, 14 u kobiet), w których za przyczynę śmierci uważano przerost serca. W 33 innych przypadkach (20 u mężczyzn, 13 u kobiet) nie stanowił przerost serca istotnéj przyczyny śmierci, ale znajdował się obok innéj przyczyny, która śmierć zrządziła. Wszystkie przypadki rozszerzenia serca w skutek chorób zastawek albo téż zaburzeń w krążeniu płucném, jakotéż połączone ze stwardnieniem tętnic, równie jak przypadki ziarnistéj nerki miały być w tych przypadkach wykluczone. Niektóre z tych przypadków przypisywano długotrwałym wysiłkom mięśniowym, większość jednakże uważano za skutek nawykowego nadużycia piwa, pociągającego za sobą istotną krwistość lub téż większe przeładowanie krwi istotami odżywczemi. Wniosek ztąd wynika, że codzienne używanie piwa w większych ilościach wpływa na rozszerzenie serca, w skutek bezpośredniego działania wyskoku na jego tkanki, w skutek pomnożenia ilości płynów w ciele i w skutek tego, że składniki pożywcze piwa bywają łatwo przyswajane. Zgodnie z tém stwierdzono, że średni ciężar serca u mężczyzn jest w Monachijum większy niż gdzieindziéj i że obie strony serca biorą udział w tym przeroście. Naturalném byłoby pytanie, jak to się dziać może, iż cierpiący na prosty przerost serca narażeni bywają na śmierć z cierpienia, które pozornie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Wyrażenie prosty lub samoistny przerost wprowadza w tym względzie w błąd. Wyczerpanie narządu nerwowego bez wybitnéj choroby tkanki mięśniowéj jest w takim razie ulubioném wyjaśnieniem tego niepomyślnego wyniku, wyjaśnieniem nie zawsze zupełnie wolném od silnych zarzutów. Jako ciekawy fakt można przytoczyć, że w ciągu 1882 r. średnia ilość zużytego piwa przez każdą osobę w Niemczech wynosiła w różnych obwodach od 54 do 186 litrów, w Bawaryi dochodziła 233 litrów a w Monachijum 432 litrów. (*The Lancet*, 1884, II, Nr. 5).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI. Posiedzenie zwyczajne z dnia 17 Grudnia 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 42.

1. Prezesem Tow. wybrany został kol. prof. Rosner. Wiceprezesem kol. Wiszniewski. Sekretarzem dorocznym kol. Dobruchowski. Redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktor dotychczasowy kol. prof. Blumenstok. Członkami Komisyi redakcyjnéj koll. Korczyński, Kwaśnicki, Obaliński i Oettinger. Delegatem Tow. w komisyi sanitarnej miejskiej kol. Paszkowski. Delegatami Tow. lek. krak. do Rady Zawiadowczej Tow. lek. galicyjskiej koll. Rieger i Krówczyński. Biblijotekarzem Tow. kol. Murdzieński.

2. Kol. Kohn mówi o *„Vagina septa infra simplex — Operatio“* z własnej praktyki (Rzecz została umieszczona w Przeglądzie Lek.).

W dyskusyi nad tym przedmiotem oświadcza kol. Jan Rosner, że nie sądzi, jakoby w przypadku opisanym niedostateczna inwolucyja przegrody między przewodami Müllera dała powód do przedziału pochwy; albowiem w razach podobnéj wady utworowéj przegroda przebiegać jedynie może od przodkowéj ku tylnéj ścianie pochwy a nigdy poprzecznie. W ostatnim razie musielibyśmy również przypuścić, że istnieją lub istnieć mogą zboczenia utworowe tego rodzaju, gdzie jama macicy przegrodzoną jest poprzecznie a nadto, że trąbki przebiegać mogą w wymiarze prostym miednicy, t. j. jedne ku przodowi, drugie ku tyłowi. Takich przypadków nie znamy. Natomiast przypuszcza kol. Rosner, że w przypadku danym, poprzeczny przedział pochwy należy tłumaczyć inaczéj a mianowicie też, że nie mamy tutaj do czynienia z *„Vagina septa“* lecz z *„Atresia vaginae membranacea congenita“* i że przegroda w tym razie przebiegała skośnie od tylnego sklepienia ku przodkowéj ścianie pochwy. Otwór prowadzący do właściwéj pochwy w pobliżu przodkowéj ściany tejże szczelinowaty mógł istnieć od zawiązków błoniastéj przegrody lub też powstać dopiero póżniej a mianowicie też w latach pokwitania. W ostatnim razie krew miesiączkowa gromadząc się w coraz większéj ilości w pochwie właściwéj wywołała w końcu pęknięcie szczelinowate przegrody, którymto otworem nadal krew odchodziła na zewnątrz. Ponieważ zaś otwór do zaułka tylnego pochwy prowadzący był obszerniejszy, naturalném ztąd następstwem, że spółkowanie odbywało się właśnie tamże; a ponieważ zaułek ten ku górze się zwężał, spółkowanie ztąd bolesne, ztąd owrzodzenie i następstwa tegoż.

Prof. Madurowicz podziela zdanie kol. Rosnera, że nie mamy w przypadku danym z *„vagina septa congenita“* do czynienia. Czy zaś była to *Atresia vaginae membranacea congenita*, jak to kol. Rosner utrzymuje, to mniej prawdopodobne z powodu, że błony tego rodzaju zwykle przed a nie za częścią pochwową przebiegają, czy też raczéj z powodu obecności produktów zapalenia był to zaułek sztucznie powstały z przerwania poprzecznego tylnéj ściany pochwy przy poprzedniem silném działaniu zwieraczy podczas gwałtownego spółkowania, na pewne powiedzieć nie można, albowiem ocenienie tego przypadku bez badania osobistego przed operacyją i bez badania drobnowidowego wyciętej przegrody, czego nie uskuteczniono, nie może doprowadzić do pewnego rozpoznania.

Kol. Kohn w końcowém swém przemówieniu obstaje przy wyłożonych przez siebie zapatrywaniach. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 grudnia do 3 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 44,6. Z odry umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 3 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 4 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy (2 z. t.); 3 płonicy (6 z. t.); 3 krztuśca (4 z. t.); 1 z duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło z ospy w Londynie 32, leczyło się w szpitalach 1171, świeżo zapadło 175. W Odesie i Murcyi umarło po 2, w Paryżu i Liwerpolu po 3, w Madrycie 4, w Lizbonie 5, w Petersburgu i Warszawie po 6, w Wenecyi 12. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Lizbonie po 1, w Petersburgu 4. Z cholery umarło od 21—27 grudnia w Paryżu 1, w Bombayu od 19—25 listopada 9, w Madrasie od 8 do 14 listopada 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,8; w Warszawie 29,3; w Pradze 28,2; w Berlinie 21,8; we Wrocławiu 22,8; w Hamburgu 25,3; w Gdańsku 28,5; w Mnichowie 26,0; w Dreźnie 24,0; w Lipsku 20,5; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 29,2; w Hadze 22,6; w Paryżu 23,5; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 17,0; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 15,5; w Petersburgu 27,7; w Odesie 26,0; w Wenecyi 37,5; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 38,2; w Lizbonie 26,5; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 27,1; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 27,6; w Madrasie 46,1; *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 stycznia. Studenci Uniw. Jagiell. powzięli chwalebną myśl założenia stowarzyszenia „Zdrowie“, którego głównem zadaniem będzie utrzymywanie kuchni tańiéj dla uczniów nietylko Wszechnicy, ale i Akademii techniczno-przemysłowéj i szkół średnich. Wobec wzmagającéj się z każdym rokiem liczby uczniów a drożyzny, która z nią idzie w parze, potrzeba instytucyi podobnéj bardzo czuć się daje. Ze wszystkich więc stowarzyszeń, we Wszechnicy istniejących, stowarzyszenie, o którém mowa, bezsprzecznie jest najpotrzebniejszém i dla tego żywo pragniemy, aby prosperowało i okazało się najżywotniejszém. Nie wątpimy téż, że wszyscy, którym na powodzeniu młodszéj generacyi zależy, radą i czynem nie omieszkają przyjść w pomoc zacnym usiłowaniom młodzieży.

* **Warszawa**. W Towarzystwie lekarskiém wybrani zostali na rok bieżący: prezesem Dr. Gepner, wiceprezesem Dr. Rogowicz, sekretarzem dorocznym Dr. Nussbaum.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Monachijum.** Prof. Ziemssen otrzymał tytuł i rangę tajnego radzcy, prof. Voit charakter starszego radzcy lekarskiego.

* **Odznaczenia**. Pasteur i Koch wybrani zostali członkami korespondentami Akademii Umiejętn. w Petersburgu, a Virchow i chemik Hoffmann w Berlinie członkami Akademii w Brukseli.

* **Nekrologija**. W Monachijum umarł znakomity fizyk prof. Jolly, ojciec prof. psychijatryi w Strasburgu; w Arco Dr. Roth, docent uniw. prażskiego. — W Warszawie umarł Dr. Henryk Stern w 31 roku życia. Znaczny majątek zapisał na cele dobroczynne, między innemi na kasę imienia Mianowskiego i na stypendyja.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Modrzejewskiego: O zapaleniu ucha wewnętrznego; Zagórskiego: Niezwykły przebieg ropnego zapalenia miedniczki nerkowéj (dok.); — W *Medycynie* Nr. 2: Schaittera: O kwestyi przeżycia (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 bm. o godzinie szóstéj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kopff przedstawi wyleczonego z *Gangraena spontanea penis et scroti*, poczém kol. Schaitter zda sprawę z prób Salkowskiego i Zaleskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nr. 19.

KONKURS.

W celu nadania stypendyjum jednorazowego na podróż w kwocie 900 zł. z fundacyi JWgo Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyjum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdalćj w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyjów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielania mu stypendyjum w prreciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą wprawę naukową w pewnéj gałęzi lekarskiej bądź teoretycznéj bądź praktycznéj, ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa. Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego jużto w pracowniach jużto w klinikach szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską i t. p.

Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać się będzie od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia osobistego, jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania należy wnieść najdaléj do dnia **8 lutego** b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Kraków dnia 10 Stycznia 1885.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.